

健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被保険者情報	健康保険の	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	氏名・印	(フリガナ)				← 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は 委任状と同じ印を押印ください。			
	住所	〒	—	都・道 府・県					
		電話番号 (日中の連絡先)	()						
	事業所名称				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は ☒)			

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通	・	当座
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号			
	口座名義 (カタカナで記入)			口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人	

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日	
			氏名・印					
		代理人 (口座名義人)	住所					
			氏名・印		被保険者との関係()			

申請内容	今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。		☐ 出産前の申請 ☐ 出産後の申請						
	出産前の申請のときは、「出産予定日」を 出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。		出産予定日	令和	年	月	日		
			出産日	令和	年	月	日		
	出産のため休んだ期間(申請期間) 注:申請期間を訂正した場合は、申請者の訂正印(サイン)を必ず押印ください。		令和	年	月	日	から		日間
			令和	年	月	日	まで		
	出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。		☐ はい ☐ いいえ						
「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる) 期間と報酬額をご記入ください。		令和	年	月	日	から		円	
		令和	年	月	日	まで			

注: この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄(健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印

公金受取口座を利用する場合は、下記に☒をご記入ください。(利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。)

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	---

事業主が証明するところ

被保険者氏名											
労務に服さな った期間	令和	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。			
	令和	年	月	日	まで	日間	日	日	☐ はい ☐ いいえ		
被保険者の	給与の種類	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()				賃金計算	締日	日	支払日	☐ 当月 ☐ 翌月	日
上記の期間に 対して、報酬 の全部又は一 部支給した (する) 場合		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。令和 年 月 日											
所在地											
事業所名称											
事業主氏名  電話番号 ()											

事業主のみなさまへ

申請期間の「賃金台帳」と「出勤簿」のコピーを必ず添付してください。

医師・助産師記入欄

出産者氏名											
出産予定年月日	令和	年	月	日							
出産年月日	令和	年	月	日							
出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)										
生産又は死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 (妊娠 か月 週)										
上記のとおり相違ないことを証明します。令和 年 月 日											
所在地											
医療機関名											
医師・助産師の氏名  電話番号 ()											