

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

申請期間 月 日～ 月 日 (日間)

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日
	氏名・印	(フリガナ)		年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

右づめでご記入ください。ハイフン(ー)または(枝番)の後にある2桁は記入しないでください

本申請書の提出を事業主へ委任します。(在籍者は、委任するに☑してください)

退職後の申請の場合は、振込先指定口座を記入ください。(年 月 日退職)

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	右づめでご記入ください。

口座名義の区分 1.申請者
2.代理人

在籍者は口座名義の区分を「2.代理人」とし、記入・押印ください。
代理人は「雇用関係」のある事業主とし、給付金は事業主経由で支給します。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日
	代理人	氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ (〒 -) TEL () 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

委任者と代理人との関係

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

(2021.4)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印	受付日付印
-------------------	---	-------

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	1 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。	<input type="checkbox"/>	1. 出産前の申請	2. 出産後の申請	
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	年	月	日
		出 産 日	年	月	日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	年	月	日	から
		年	月	日	まで
					日間
4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/>	1. はい	2. いいえ		
5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	年	月	日	から	
	年	月	日	まで	
				円	
6 出生児の数	<input type="radio"/>	単胎	<input type="radio"/>	多胎 (児)	

医師・助産師記入欄	出産者氏名									
	出産予定年月日	年	月	日	出産年月日	年	月	日		
	出生児の数	<input type="radio"/>	単胎	<input type="radio"/>	多胎 (児)	生産または死産の別	<input type="radio"/>	生産	<input type="radio"/>	死産 (妊娠 週)
	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	(日間)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。				年	月	日			
	医療施設の所在地									
医療施設の名称										
医師・助産師の氏名				印	TEL	()				

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

