

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日		
	被保険者等 （右つめ）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成
	氏名（フリガナ） 〔自署の場合 押印省略可〕	-----		事業所名称				
住所	（〒 - ）		都 道					
電話番号 （日中の連絡先）	☎	（ ）	府 県					

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	令和	年	月	日	
		出産日	令和	年	月	日	
	3 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和	年	月	日	から	
		令和	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。	令和	年	月	日	から		
	令和	年	月	日	まで	円	
6 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎（	児）				

医師・助産師記入欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	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	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎（	児）	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産	（妊娠	週）	
上記のとおり相違ないことを証明する。										
令和 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 ( )										

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店				
		<input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所				
預金種別	普通	口座番号				口座名義 (カタカナ)			

「事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印

