

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	被保険者等（右つめ）	記号 ○○	番号 △△△	生年月日	年 月 日	
	氏名（フリガナ） 〔自署の場合 押印省略可〕	デンセイ ハコ 電設 花子			昭和 <input checked="" type="checkbox"/> / 平成 <input type="checkbox"/>	○○○○○○
	住所	〒○○○-○○○		○○	都道府県 ○○市○○町○○-○○	
電話番号 （日中の連絡先）	☎○○○（○○○）○○○					
事業所名称	○○○○ 株式会社					

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。	2	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 1 年 6 月 18 日	出産日	令和 1 年 6 月 20 日
	3 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 1 年 5 月 8 日 から	令和 1 年 8 月 15 日 まで	100	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。	2	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 checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 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	電設 花子
	出産予定年月日	令和 1 年 6 月 18 日	出産年月日	令和 1 年 6 月 20 日	
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎（ 児）	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 1 年 6 月 25 日					
医療施設の所在地	△△県 △△市 △△町 △△△-△△				
医療施設の名称	△△△△ 総合病院				
医師・助産師の氏名	保険 一郎		TEL	△△△（△△△）△△△△	

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 その他（ ）		本店 支店 出張所 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