

健康保険 出産手当金 支給申請書

※記入例を確認の上、ご記入ください。
 ※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒			電話 ()
	社員番号			メールアドレス	

申請内容	出産予定日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日			
	出産のため休んだ期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	
	上記の出産のため休んだ期間の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。						現在まで	受けた ・ 受けない					
							今後	受けられる ・ 受けられない					
	■ 上記で報酬を受けるまたは受けられると回答された方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。												
報酬支払期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間		
受けた報酬額						円	受ける報酬額						円

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者(申請者)	氏名
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

振込先情報	金融機関名称	銀行 信用金庫	本店 支店	支店番号
	預金種別	普通 当座	その他()	口座番号
			口座名義(カタカナ)	

医師・助産師の証明	出産者氏名	出産予定日	令和	年	月	日	出産日	令和	年	月	日
	出生児の数	単胎・多胎() 児	生産または死産の別	生産・死産(妊娠第 月または第 週)							
	上記のとおり相違ないことを証明します。 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										

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。

受付日付印

