

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

被保険者(申請者)情報	記号	3 9 0 7	番号	0 0 0 0 0	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5	5	15
	氏名	(フリガナ) キタムラ ハナコ	北村花子					
	住所	(〒 222 - 0033)	神奈川県	横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (000) 0000	横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)								

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	金融機関 名称	横浜	銀行	金庫	信組	新横浜	本店	支店
	預金種別	1 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめてご記入ください。			
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。) キタムラ ハナコ						口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

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。						令和	年	月	日	
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ										
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -)	TEL	()	委任者と 代理人との 関係						
	(フリガナ)											
	氏名											

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R4.6)

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 checked="" type="radio"/> 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 6 年 5 月 4 日	
		出産日	令和 6 年 4 月 30 日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 6 年 3 月 20 日 から	令和 6 年 6 月 25 日 まで	98 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 checked="" type="radio"/> 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	「はい」の場合も、事業主に証明をもらうため、記入は不要です	
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	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 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	<input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)				
	上記のとおり間違いないことを証明する。	令和 年 月 日								
	医療施設の所在地	担当の医師、または助産師に必ず、記入いただいて下さい								
	医療施設の名称									
医師・助産師の氏名	TEL ()									

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

