

●申請書はクリップで留めてください。ホチキス留めは不可。
●A4片面で印刷ください。

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

健保使用欄			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	事業所名（会社名）
	氏名	(フリガナ)		被保険者生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	年 月 日
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座（申請者又は代理人）	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します			
	注）口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。 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。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。			
金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 (右づめ)	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人	
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。)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 2の場合は下欄を記入	

受取代理人の欄	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
	被保険者 (申請者)	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 (フリガナ)	TEL ()	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

<備考>
※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

(R6.12)
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容 (被保険者記入欄)	被保険者氏名							
	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	<input type="text"/>	日間
	令和	年	月	日	まで			
4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けた時、または受けられる時は、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	<input type="text"/>	報酬額	
	令和	年	月	日	まで			
5 出生児の数	<input type="checkbox"/>	単胎	<input type="checkbox"/>	多胎	(<input type="text"/>	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 type="checkbox"/>	単胎	<input type="checkbox"/>	多胎	(<input type="text"/>	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														
	TEL ()														

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名												
	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	から						日数	日間
		令和	年	月	日	まで							
	A. 上記の期間中の分として報酬を支給した(する)場合	報酬の名称	支給対象期間								支給額		
			令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円	
			令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円	
			令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円	
			令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円	
	B. 現在までも又、将来も支給しない場合はその旨												
	備考												
上記のとおり相違ないことを証明する。	令和	年	月	日									
事業所所在地													
事業所名称													
事業主氏名	TEL	()									