

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

ページ

手

被保険者記入用

被保険者本人が出産のため会社を休み、その間の給与の支払いを受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ) <input type="text"/>	番号 (左づめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	氏名				※申請者はお勤めされている (いた) 被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県			

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	<input type="text"/> 銀行 <input type="text"/> 金庫 <input type="text"/> 信組 <input type="text"/> 農協 <input type="text"/> 漁協 <input type="text"/> その他 ( )	支店名	<input type="text"/> 本店 <input type="text"/> 支店 <input type="text"/> 代理店 <input type="text"/> 出張所 <input type="text"/> 本店営業部 <input type="text"/> 本所 <input type="text"/> 支所
預金種別	<input type="text"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。  
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページ目に続きます。▶▶▶

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。  
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
-----------------------

※マイナポータル等で事前登録した公金受取口座の利用を希望される場合には、当健保組合までご連絡ください。

受付日付印
-------

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前 <input type="checkbox"/> 2. 出産後
	③-1 出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	④-1 出生児数	<input type="text"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。
	④-2 死産児数	<input type="text"/> 人
	⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ⑤-2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。	

医師・助産師による証明	出産者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゚)は1字としてご記入ください。
	出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	出生児数	<input type="text"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。	
	死産児数	<input type="text"/> 人	
	死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
医療施設の所在地			
医療施設の名称			
医師・助産師の氏名			
電話番号			

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶

