

支給額										円
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

※ 記載内容を訂正した場合は、訂正箇所申請者のサインまたは押印をお願いいたします。

健康保険 出産手当金 支給申請書 (第 回目) (被保険者記入用)

被保険者情報	① 被保険者証	記号	番号	② 資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日
	③ 氏名	(フリガナ)		④ 生年月日	昭・平	年	月	日
	⑤ 住所	〒 ー 都・道 府・県		⑥ 電話番号 (日中の連絡先)	()			
	⑦ 事業所名称			⑧ 提出委任	<input type="checkbox"/>	本申請の提出を事業主へ委任します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)		

申請内容	⑨ 出産予定日	令和	年	月	日					
	⑩ 出産日	令和	年	月	日					
	⑪ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)								
	⑫ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 上記の期間のうち出勤した日 注: 具体的な日付をご記入ください。(例.3/3~3/6、3/10、3/15)								
	⑬ 出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
	「はい」の場合、その報酬支払の基礎と なった(なる)期間と報酬額をご記入ください。		令和	年	月	日	から			円
			令和	年	月	日	まで			

◎振込先には被保険者(③欄の方)の口座をご記入ください。

振込先	公金受取口座	<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、下記の口座情報の記入は不要です。)							
	金融機関名称	銀行コード	銀行・金庫・信組 農協・その他()		預金種別	普通・当座・その他()			
		支店コード	支店・本店・出張所 その他()		口座番号				
口座名義 (カタカナで記入)				口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人				

◎事業所への委任の場合のみご記入ください。

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	受領代理人	氏名	

受付日付印

注: この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

--

【事業主のみなさまへ】

- ・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所には事業主のサインまたは押印をお願いいたします。
- ・「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
- ・下記「※1 ㊦証明日」は申請期間の賃金の締め日以降の日付となります。

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	日間	㊨ この期間に賃金を支給しました(します)か。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
		令和 年 月 日 まで											
	上記の期間のうち出勤した日 注:具体的な日付をご記入ください。(例.3/3~3/6、3/10、3/15)												
	㊪ 被保険者の	給与体系	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他()	賃金計算	締日	日	給与支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日				
	㊫ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合	年 月 日 ~	年 月 日	日間	円	日額	円						
年 月 日 ~		年 月 日	日間	円	日額	円							
年 月 日 ~		年 月 日	日間	円	日額	円							
年 月 日 ~		年 月 日	日間	円	日額	円							
上記のとおり相違ないことを証明します。 ㊬ 令和 年 月 日 ※1													
㊭ 所在地													
㊮ 事業所名称													
㊯ 事業主氏名	電話番号 ()												

【医師・助産師へのお願い】

保険料補助

※ 健保使用欄 円

- ・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所には医師・助産師のサインまたは押印をお願いいたします。

医師・助産師記入欄	㊰ 出産者氏名											
	㊱ 出産予定年月日	令和 年 月 日										
	㊲ 出産年月日	令和 年 月 日										
	㊳ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)										
	㊴ 生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 月 週)										
	上記のとおり相違ないことを証明します。 ㊵ 令和 年 月 日											
㊶ 所在地												
㊷ 医療機関名												
㊸ 医師・助産師の氏名	電話番号 ()											