

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	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	28	13456	
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 華子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 060303
	住所	(〒 650 - 0000) 兵庫県 神戸市△△区○○1-2-3	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (△△△) ○○○○
<input checked="" 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 checked="" 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	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。		

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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="checkbox"/> 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 10 月 7 日	
		出産日	令和 6 年 10 月 7 日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 6 年 8 月 27 日 から	令和 6 年 12 月 2 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="checkbox"/> 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 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	円
6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎 (児)		

医師または助産師以外の者が記入または訂正することはできません。

医師・助産師記入欄	出産者氏名			
	出産予定年月日	令和	月	日
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明			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 ()		

**医師・助産師の証明を受けてください。
記入に不備があった場合は書類を受理
できませんので、ご注意ください。**

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

