健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者等（右づめ）			□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ）		□ 都 □ 道 □ 府 □ 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

金融機関名称	□ 銀行 □ 農協 □ 金庫 □ その他 □ 信組 （ ）	□ 本店 □ 本所 □ 支店 □ 支所 □ 出張所	
預金種別	1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
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。）		

・被保険者等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

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入欄

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。	□ 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 令和　年　月　日　まで　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。	□ 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	□ 単胎　□ 多胎（　児）

医師・助産師記入欄

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	単胎　多胎（　児）	生産または死産の別	生産　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

事業主記入欄

労務に服さなかった期間を含む**賃金台帳（写）・勤怠表（写）**を添付してください。

事業主が証明するところ	
労務に服さなかった期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間
上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か？	□ はい　※次の欄に詳しくご記入ください □ いいえ（理由：　）
□ 全額支給 □ 一部支給	令和　年　月　日から　令和　年　月　日までの　日間分 円支給　令和　年　月　日支給

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