

健康保険 出産手当金支給申請書

記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記号 123 番号 2	被保険者の氏名 及び生年月日	7ナガナ ホケン ハナコ 保険 花子 S H 〇 〇 年 〇 月 〇 日		
	被 保 険 者 現 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市生野区〇〇町2-3-4 Tel 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
	この申請は出産前の申請ですか、出産後の申請ですか			☐ 出産前 ☒ 出産後		
	出産予定年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		出産年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	出産のために休んだ期間 (申請期間)	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで				
	生産・死産の別	☒ 出産 ☐ 死産		単胎・多胎の別	☒ 単胎 ☐ 多胎 (児)	
	出産のために休んだ期間の分として報酬(賃金)の 支払を受けましたか、又は受けられますか		☒ 受けた	☐ 受けられる	☐ 受けられない	
	報酬の支払を受けた又は受けられるときは その報酬の額と支払の基礎となった期間		令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和 〇 年 〇 月 〇 日 まで	〇〇〇,〇〇〇 円		
	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。					
	委任状	被保険者(請求者) 氏 名 住 所 代 理 会 社 氏 名 給付金の受領を被保険者以外の方に委 託する場合のみご記入ください。				
振 込 口 座	☒ マイナポータル等で事前登録した公金受取口 注) 口座情報の反映には登録から数日を要し					
	公金受取口座を登録していない場合はチェックしないでください。					
	〇〇〇〇	銀 行 金庫・信組 農協・漁協	銀行コード 〇〇〇〇	預金種別 口座番号	普通・当座 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
	〇〇〇〇	本店 支店	支店コード 〇〇〇	名義人(7ナガナ) ホケン ハナコ 保険 花子	[受付印]	

- 訂正がある場合は二重線で消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
- 給付金の受領を代理人に委任するときは、「委任状」欄と「振込口座」欄ともに記入してください。

組 合 使 用 欄	資 格 取 得 日	年 月 日	資 格 喪 失 日	年 月 日	
	法 定 支 給 対 象 期 間	産前 年 月 日 ~ 産後 年 月 日			
	申 請 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	支 給 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	控 除 ・ 不 支 給 期 間		日 数	控 除 額	理 由
	①	年 月 日 ~ 年 月 日			
	②	年 月 日 ~ 年 月 日			
	支 給 期 間		日 数	日 額	法 定 給 付 額
	①	年 月 日 ~ 年 月 日			
	②	年 月 日 ~ 年 月 日			
給 付 判 定		支給 一部不支給 不支給	理 由 :		

事業主が証明するところ	請求申請期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 迄											
	報酬の支払													
	勤務月													
	月												0	31
	月												0	31
	月												0	31
	月												0	31
	月												0	31
	月												0	31
	月												0	31
	報酬支払額												手当	
	欠勤しなかった報酬支払額		円											
	欠勤しなかった報酬支払額（		円											
	月分		円											
月分		円												
月分		円												
月分		円												
月分		円												
月分		円												
備考														
上記の通り相違														
令和														
		電 話												
医師又は助産師が証明するところ	出産予定													
	生産・死													
	上記の通り相違													
令和														
		電 話												

事業主の証明欄

※被保険者様の記入は不要です。

出産した医療機関等の医師・助産師の証明欄