

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回目)

被保険者が記入するところ (この欄の訂正は被保険者の直筆で訂正)	健康保険の 記号・番号	記号		被保険者の氏名					
		番号		生年月日	昭・平・令	年	月	日生(才)	
	被保険者の住所 電話番号	〒 — TEL — —							
	事業所名称								
	被保険者のマイナンバー記載欄 (健康保険の記号番号を記入した場合は不要です)								
	出産予定年月日	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎(児)			
	出産年月日	年	月	日					
	出産のため 休んだ期間	年	月	日から	日間	年	月	日まで	
	上記の出産のため休んだ期間中に 報酬を受けましたか、または受けられますか				受けた・受けられる・受けられない				
	「受けた」または「受けられる」と答えた場合、 報酬の支払われた期間と金額について				年	月	日から	日間	
年					月	日まで			
				支払われた額				円	

※被保険者名義のもの(受領委任する場合は代理人名義のもの)を記入してください。

出産手当金を受け取る金融機関									
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☑、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄に記入してください)								
				銀行・金庫 組合・農協	(支)店 出張所 営業部			普通・当座	
				(ゆうちょ銀行の場合は、店名(漢数字3桁)を記入)					
口座番号				口座名義	フリガナ				

※出産手当金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受取代理人の欄	本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。				代理人氏名		
	令和	年	月	日			
	被保険者氏名(自署)						
				代理人の住所・電話番号			被保険者との関係
〒 —				TEL — —			

《注意事項》

1. この申請書の裏面に事業主の証明(退職後の期間については事業主の証明は不要)と医師または助産師の証明をもらってください。
2. 出産手当金の受け取りを第三者に委任するときは、受取代理人の欄にも記入が必要になります。
3. 記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープ等は使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。

事業主が証明するところ (この欄の訂正は事業主の直筆で訂正)	労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間			
	出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は/でそれぞれ表示してください						出勤	有給
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	日			
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	日			
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	日			
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	日			
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	日			
	上記の期間中報酬を全額		年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	円支払			
	または一部支給した場合		年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	円支払			
	賃金計算	締日	日	支払日	当月	給与の種類		
				翌月	月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他			
上記のとおり相違ないことを証明します。								
令和 年 月 日								
事業所所在地								
事業所名称								
事業主氏名								
電話番号 — —								

医師が証明するところ (この欄の訂正は医師の直筆で訂正)	出産予定年月日	年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	出産年月日	年 月 日		
	正常出産または異常出産の別	正 常 ・ 異 常	生産または死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 週)
	入院費用を健康保険扱いとして入院した期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日				
医療機関所在地				
医療機関名称				
医師の氏名				
電話番号 — —				

※記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープを使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。