

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

健康保険 出産手当金支給申請書 (第〇回目)

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)	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	記号 番号	被保険者の氏名 生年月日	被保険者の氏名をご記入ください 昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生(〇〇 才)				
	被保険者の住所 電話番号	被保険者の住所と連絡先をご記入ください TEL - -							
	事業所名称	勤務先の名称をご記入ください			標準報酬月額	〇〇〇 千円			
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)				〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				
	出産予定年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			出生児の数	単胎 多胎(児)			
	出産年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日							
	出産のため 休んだ期間	(例) 令和 1年 5月 30日 から 令和 1年 9月 4日 まで			98 日間				
	上記の出産のため休ん 受けましたか、または	いずれかに○を つけてください			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				〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇〇 日間 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで				
					支払われた額		〇〇, 〇〇〇 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			
銀行・金庫	(支)店 出張所 営業部 (3桁)を記入)	普通・当座	
被保険者名義の振込口座をご記入ください			
口座番号	口座名義		

※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。

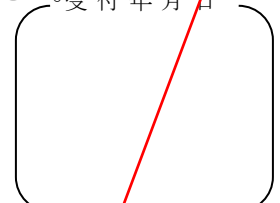
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		代理人氏名	
	令和 年 月 日			
	被保険者氏名(自署)			
	代理人の住所・電話番号		被保険者との関	
〒 -		TEL - -		

日付を統一してください

《注意事項》

- 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意見を記入してもらってください。
- 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捺印が必要になります。
- 記載内容を訂正する場合は、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。受付年月日

(次頁へ)



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 (例) 令和元年 5月 30日 から 令和元年 9月 4日 まで 98 日間			出勤	有給	
	出勤は○印、有給は△、公休は公、欠勤は/でそれぞれ表示してください					
	1年 5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	0日	2日	
	1年 6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	0日	6日	
	1年 7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	0日	0日	
	上記の期間中報酬を全額 または一部支給した場合	1年 5月 30日 から 1年 5月 31日 まで	2 日間	19,106 円支払		
			6 日間	57,318 円支払		
	貸金計算	締日	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					

この欄は事業主に証明を依頼してください

労務に服さなかった期間以降
に証明してください

いずれかに○を
つけてください

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	死産(妊娠 週) 日間
	入院費用を健康 保険扱いとして 入院した期間 年 月 日 まで	
	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	

この欄は医師に証明を依頼してください

※記載内容を訂正する場合は、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。