

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等記号・番号		氏名		
	記号	番号	フリガナ	フリガナ	
	—		(氏)	(名)	
	住所			生年月日	
	〒 —			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
事業所	名称		所在地		
	〒 —				
	所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など		
		—		—	

申請内容	出産のため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から	日間	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎
		令和 年 月 日 まで			<input type="checkbox"/> 多胎 (児)

事業主 証明欄	今回の申請期間内で、労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から	日間
			令和 年 月 日 まで	
	上記の期間、報酬を支給しましたか。	<input type="checkbox"/> はい → 支給した場合	令和 年 月 日 から	円
		<input type="checkbox"/> いいえ	令和 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				
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				

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 (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 名称 電話番号 医師・助産師名					

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取 代理人 欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日			
		住所			
	代理人	住所			
		氏名			

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。

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(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。)

備考欄