

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 300 - 123456	フリガナ ケンボ ハナコ (氏) 健保 (名) 花子		
	住所 〒153 - 0063 東京都目黒区目黒〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 5年7月16日		
	事業所 名称 総合警備保障株式会社	所在地 〒107 - 8511 東京都港区元赤坂1-6-6		
	所属 〇〇〇支社 □□□営業所	事業所の名称、所在地は「本社」 所属には「実際に配置されている支社、部署」を お書きください		
申請内容	出産のため休んだ期間 (申請期間)	令和6年5月22日から 令和6年8月30日まで	101 日間	産前42日(多胎の場合は98日)、産 後56日の法定期間内で申請する期 間を記入してください

事業主 証明欄	今回の申請期間内で、労務に服 務した期間	令和 年 月 日 から	日間
	上記の期間、報酬を 支給しましたか。	<input type="checkbox"/>	円
	上記のとおり相違ないことを証 明する。	<input type="checkbox"/>	日
事業主証明欄は記入しないでください			
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。 住所 原則、事業主への委任払いとなりますので、 申請者欄を記入してください	住所 △△マンション〇〇号室 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	代理人	受取代理人は本社の総合事務部長です 申請者欄に記載のうえ、代理人欄は空白 のまま、本社の総合事務部へ提出して ください	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを利用します。 事業主経由で給与口座へ振り込みます			

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