

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

被保険者 申請者 情報	記号	番号					
	被保険者等 記号・番号 (左詰め)	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> 令和				
住所	(〒 -)	都 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	()	()					

振込先 指定口座	※ゆうちょ銀行口座への振込をご希望の方は、他金融機関からの振込を受ける際の支店、口座番号をお申し出ください (通帳表紙の見開きページに、他金融機関からの振込を受ける際の口座情報が記載されていますのでご確認ください)					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左詰め)	<input type="text"/>		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。					
	<input type="text"/>					

申請 内容	1 今回の出産手当金は、産前(出産日まで)分の申請ですか それとも産後(出産日の翌日以降)分の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 産前(出産日まで)の分 2. 産後(出産日の翌日以降)の分
	2 出産日と出産予定日をご記入ください。 出産予定日はあくまでも自然分娩の予定日です。	出産予定日 令和 年 月 日 ----- 出 産 日 令和 年 月 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで
	4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
	5 上記4で「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入 されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ正しい証明を受けてください

受付日付印

「医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

「医師・助産師記入欄」(2ページ目)は1通のみ作成いただければ、
産前(原紙)、産後(コピー)を添付いただいても構いません。
ただし、記入漏れ等不備がないことが条件です。

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

医師・助産師記入用

分娩後(出産年月日確定後)にご記入いただけますようお願いいたします

医師・助産師記入欄	出産者氏名									
	(自然分娩の) 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)	(妊娠)	(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									
医療施設の名称										
医師・助産師の氏名							TEL	()		

※ご記入にあたり、書損等による訂正がある場合は、訂正箇所および「医師・助産師の氏名」横に押印をお願いいたします。(捨印は無効です)

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

◇ 被保険者および事業主の方へ ◇

「医師・助産師記入欄」(2ページ目)については記入漏れ等不備がなければ、産後分申請時にはコピーの添付が可能です。産前分については原紙を添付のうえ提出してください。早産等で産前分の申請がない方は、産後分申請時に原紙をご提出ください。

