

被保険者(申請者)記入用

被保険者等 申請者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 	番号 	マイ ナンバー 	被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください
	氏名	(フリガナ) -----			生年月日
	住所	(〒)			TEL ()
	電話番号 (日中の連絡先)	都道府県			

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☒)

振込先指定口座	☐ マイナポータル等で事前に登録した公金受取口座を利用します。 (マイナンバーと紐づく預貯金口座情報を国へ登録している場合のみ選択可。利用する場合は下記の口座情報は記入不要です。)	
	公金受取口座 金融機関名称 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () 本支店コード 本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別 ☐ 1. 普通 3. 別段 ☐ 2. 当座 4. 通知	口座番号 	左づめでご記入ください。
口座名義 	▼カタカナ(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。) 	口座名義の区分 ☐ 1. 申請者 ☐ 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

令和 年 月 日

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	(〒 ー) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付目付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書

出産手当金付加金

1

2

3

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	☐	1. 出産前の申請	2. 出産後の申請			
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。 「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	年	月	日		
		出 産 日	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。	☐	1. はい	2. いいえ			
5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の 基礎となった(なる)期間をご記入ください。	年	月	日	から			
	年	月	日	まで		円	
6 出生児の数	単胎	多胎	(		児)		

医師・助産師記入欄	出産者氏名												
	出産予定年月日	年	月	日	出産年月日	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	(		)

「事業主記入用」は3ページに続きます。》》》

健保組合使用欄	申請時期	出産前・出産後	胎児数	単胎・多胎			
	法定期間	年	月	日	から		
		年	月	日	までの		日間
傷手内払い	無・有(支給単価:		円)				
	(支給期間:	月	日	~	月	日)	

