

健康保険 出産手当金支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号または個人番号	-		被保険者資格取得日	平成	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成	年	月	日
	被保険者氏名	フリガナ						〒					
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日			電話	()				
	所属部署名及び電話	電話 ()											
	出産年月日	平成	年	月	日	出産予定年月日	平成	年	月	日			
	出産のため休んだ期間	平成・令和		年	月	日	から	日間					
		平成・令和		年	月	日	まで						
	①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた・受けない		将来	受けられる・受けられない							
	②報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成・令和	年	月	日	から	の分として		円				
		平成・令和	年	月	日	まで							

事業主が証明するところ	産前・産後休暇の期間	平成・令和	年	月	日	から	日間				
		平成・令和	年	月	日	まで					
	①全額支給した場合又は支給する場合	平成・令和	年	月	日	から	の分の報酬を		円		
		平成・令和	年	月	日	まで					
	②一部支給した場合又は支給する場合			日間	・出勤 ・有給 ・その他 ()						
③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	平成・令和	年	月	日	から	の分の報酬は、		現在までも将来も支給しません。			
	平成・令和	年	月	日	まで						
※ 必要添付書類	産前・産後休暇期間の「出勤簿」及び「賃金台帳」の写し										
上記のとおり相違ないことを証明します。											
令和 年 月 日											
所在地											
事業主 名称											
氏名											
電話											

医師又は助産師が証明するところ	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定年月日	令和	年	月	日	
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常				生産又は死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)				
	出生児の数	単胎・多胎(児)									
	入院して出産したときは、その期間	平成・令和	年	月	日	から	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他		
		平成・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											
所在地 〒											
名称											
医師・助産師の氏名											
電話											

給付金の受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込みを希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日									
	被保険者氏名 ㊟									
	代理人	氏名	㊟			委任者との関係				
	住所	電話								

※資格を喪失後に申請される方のみご記入ください。
原則として給与口座に振り込まれます。1ヶ月以内に給与口座に変更(名義含む)のあった方もご記入ください。

支払金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合										
	支店番号	普通・当座			口座番号(右づめ)						
	名義人(フリガナ)										

令和 年 月 日提出
~~~~~  
受付日付印