

# 健康保険 出産手当金支給申請書

\*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認するための添付書類が必要です。(マイナンバーカードもしくは通知カードのコピーと運転免許証のコピーもしくは住民票原本)

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	
	被保険者氏名と印	カガナ						被保険者住所	〒				
	生年月日	昭和・平成	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 年 月 日 から											日間
		平成 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	年	月	日	から							円	
	平成	年	月	日	まで	の分として					円		

事業主が証明するところ	産前・産後休暇の期間	平成	年	月	日	から						日間		
		平成	年	月	日	まで								
	①全額支給した場合又は支給する場合	平成	年	月	日	から						の分の報酬を	円	
		平成	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	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	年	月	日	まで								
※ 必要添付書類	産前・産後休暇期間の「出勤」及び「簿貸金台帳」の写し													
上記のとおり相違ないことを証明します。														
											平成	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	平成 年 月 日	出産予定年月日	平成 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 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 年 月 日 まで			
上記のとおり相違ないことを証明します。					
平成 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。		平成 年 月 日
	被保険者氏名		㊟
	代理人	氏名	㊟
	住所	委任者との関係	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)						

平成 年 月 日提出

受付日付印

マルハン健康保険組合