

記入例

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)

被保険者証の記号番号または個人番号	1-123456		被保険者資格取得日	平成	〇	〇	〇	4	0	1	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成								
被保険者氏名と印	71ガナ ケンボ ハルミ		被保険者住所	〒 228-0000 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室																
生年月日	昭和・平成 〇〇年 06月 19日		電話	00 ( 1234 ) 5678																
所属部署名及び電話	株式会社 〇〇〇〇 〇〇店		電話	00 ( 4321 ) 8765																
出産年月日	平成	〇	〇	〇	3	〇	3	〇	3	〇	1	出産予定年月日	平成	〇	〇	〇	3	〇	1	
出産のため休んだ期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間																			
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		平成 年 月 日 まで の分として 円																	

※未記入でお願い致します

産前・産後休暇の期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間																	
事業主が証明するところ	①全額支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間の報酬を 円																
	②一部支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間の報酬を 円 ・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 平成 年 月 日 まで 日間の報酬は、現在までも将来も支給しません。																
※ 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。																		
平成 年 月 日																		
所在地																		
事業主 名称																		
氏名																		
電話																		

※事業主の証明が必要です

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	平成 年 月 日 まで	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他			
	上記のとおり相違ないことを証明します。								
<p>※医師又は助産師の証明が必要です</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所在地 〒</p> <p>名称</p> <p>医師・助産師の氏名</p> <p>電話</p>									

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																	
	<p>※給付金の受領を受取代理人に委任する場合は記入してください</p> <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>電話</p>																	

※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 信用金庫 信用組合																				
	支店番号			普通・当座															口座番号(右つめ)		
	名義人(71ガナ)																				

口座は資格を喪失した方のみ記入してください。

平成 年 月 日提出  
受付日付印