健康保険 出産手当金支給申請書

資格取得	平成 令和　　年　　月　　日	通番
資格喪失	平成 令和　　年　　月　　日	

被保険者が記入するところ

被保険者証等記号・番号	記号	番号	事業所名称	株式会社 支店　　部 営業所　　課
被保険者氏名	フリガナ		被保険者生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
			電話番号	―　　―
被保険者住所	フリガナ 〒　　―			
出産のため休んだ期間（申請期間）	令和　　年　　月　　日 から	日間	出産日	令和　　年　　月　　日
	令和　　年　　月　　日 まで		出産予定日	令和　　年　　月　　日
公金受取口座	□	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。）		

振込希望口座

金融機関コード	銀行コード		支店コード		口座名義人 フリガナ
金融機関名称	銀行　信組 金庫　その他		本店　出張所 支店　その他		
種別	普通 ・ 当座	口座番号			

医師又は助産師の記入するところ

出産者氏名		出産又は死産の別	生産	出産年月日	令和　　年　　月　　日
出生児の数	単胎 ・ 多胎（　　児）		死産（妊娠　　週）	出産予定年月日	令和　　年　　月　　日

上記のとおり相違ありません。　　令和　　年　　月　　日

医療機関所在地　〒

医療機関名称

医師・助産師氏名

電話番号　（　　）

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間	令和　　年　　月　　日 ～	令和　　年　　月　　日　　日間
就労・給与支払いの状況	別紙のとおり出勤簿・給与台帳を添付します。	

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

《委任状》　本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者　住所

氏名

代理人　住所

氏名

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

受付印