

# 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	

## 記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名称	〇〇〇 株式会社	
		1	1 2 3 4 5 6 7	〇〇 支店 〇〇	部 課	
	被保険者氏名	フリガナ	ダイトウ ハナコ	被保険者生年月日	昭和 平成 40 年 3 月 21 日	
			大東 花子	電話番号	123 - 4567 - 8910	
	被保険者住所	フリガナ	トウキョウト〇〇ク△△1-2-3			
		〒	123 - 4567		東京都〇〇区△△1-2-3	
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 3 年 7 月 10 日 から	98 日間	出産日	令和 3 年 8 月 20 日	
		令和 3 年 10 月 15 日 まで		出産予定日	令和 3 年 8 月 30 日	
	公金受取口座	<input type="checkbox"/>	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	1 2 3 4	支店コード	1 2 3	フリガナ	
金融機関名称	〇〇	銀行 信組 金庫 その他	△△	本店 出張所 支店 その他	ダイトウ ハナコ	
種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	大東 花子	

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	〒	この欄は医師に記入してもらってください				
	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。			
	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		

被保険者以外の口座に入金希望する場合のみ記入

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