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

被保険者証等記号・番号	記号 1	番号 1 2 3 4 5 6 7	事業所名称 ○○○ 株式会社 ○○ 支店 営業所 ○○ 部 課
被保険者氏名	フリガナ ダイトウ ハナコ 大東 花子	被保険者生年月日	昭和・平成 40 年 3 月 21 日
		電話番号	123 ― 4567 ― 8910
被保険者住所	フリガナ トウキョウト○○ク△△1-2-3 〒 123 ― 4567 東京都○○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 令和 3 年 10 月 15 日 まで	98 日間	出産日 令和 3 年 8 月 20 日 出産予定日 令和 3 年 8 月 30 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 1 2 3 4	支店コード 1 2 3	口座名義人	フリガナ ダイトウ ハナコ	
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		大東 花子	
種別	普通・当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7			

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 （ ）

この欄は医師に記入してもらってください

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

健保-009 ⑩ 25.04