

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者記入用

常務理事	事務長	担当者
記入例		

【提出先】 被保険者の勤務先

被保険者情報	被保険者証の記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	〇〇株式会社〇〇営業所	
	氏名	健保 恵			生年月日	1985	年 12 月 1 日
	住所	(〒 111 - 111 ) 〇〇県〇〇市〇〇町2-15-6					
	電話番号 (日中の連絡先)	012	(	234	)	5678	
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

振込先	<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) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、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。					
	金融機関名称	〇〇〇 銀行		〇〇〇 支店		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> 当座	口座番号	4 5 6 7 右づめでご記入ください	
	口座名義	〇〇〇〇(カ)				カタカナでご記入ください
口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 代理人(事業主に委任する時)					

「2」の場合、下記に記入

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 2022 年 9 月 5 日				
		氏名	健保 恵		住所	「被保険者情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 111 - 111 )	住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		委任者と 代理人との 関係
	氏名	〇〇〇〇株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇				事業主
	TEL	012	(	345	)	

## 被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。

マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます &gt;&gt;&gt;

健保使用欄	資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
	支払年月日	年 月 日	支給額	円
	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
	備考			

受付印

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者・医師・助産師・事業主記入用

被保険者氏名

健保 恵

申請内容	1 出産予定日	2022	年	8	月	8	日	
	2 出産日	2022	年	8	月	10	日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	2022	年	6	月	28	日から	
		2022	年	10	月	5	日まで	100 日間
	4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか？ または今後受けられますか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ						
	4-① 「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった(なる)期間とその報酬の額	年	月	日から	日分	年	月	日まで
5 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児 )							

医師・助産師記入欄	出産者氏名	健保 恵																	
	出産予定年月日	2022	年	8	月	8	日	出産年月日	2022	年	8	月	10	日					
	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児 )			生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 ( 妊娠 週 )													
	上記のとおり相違ないことを証明します。													2022	年	8	月	12	日
	事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇町3-3-1																	
	事業所名称	〇〇総合病院																	
	事業主氏名	〇〇 〇〇			TEL	012 ( 345 ) 7789													

事業主証明欄	被保険者氏名	健保 恵																
	労務に服さなかった期間	2022				年	6	月	28	日から	100日間			労務に服さなかった期間に対して賃金を支給しました(します)か？			<input type="checkbox"/> はい	
		2022				年	10	月	5	日まで				<input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給		<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 日給月給		賃金計算		締日	15 日							
		<input type="checkbox"/> 時間給		<input type="checkbox"/> その他 ( )						支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 / <input type="checkbox"/> 翌月 25 日							
	労務に服さなかった期間の分として支払う報酬関係	年	月	日から	日間	支給額	円	年	月	日まで	日間	日額	円					
	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください																	
上記のとおり相違ないことを証明します。													2022	年	9	月	12	日
事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3																	
事業所名称	〇〇〇〇株式会社																	
事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇			TEL	012 ( 345 ) 6789													