

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額					円
				支給期間	平成 平成	年 年	月 月	日 日	日間

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日			
	氏名・印	(フリガナ)	印	所属	部・支店・工場	課
	住所	(〒 -)	都(道)	府(県)		
	電話番号	TEL ()				

申請内容	1 出産のため休んだ期間 (申請期間) ※有休休暇も含めて 記入ください。	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	2 出産予定日	平成 年 月 日	3 出産日 平成 年 月 日
	4 出産した医療機関等の 名称と所在地	名称	所在地
	5 出生児の数	単胎	多胎 (児)

※2枚目の「事業主が証明するところ」は会社で証明するので記入しないでください。
「医師・助産師が記入するところ」は医師・助産師の証明を必ず記入してもらってください。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) 2. 代理人

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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。	平成 年 月 日	印
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL ()	住所 (フリガナ)	氏名・印
				委任者と代理人との関係

受付日付印

被保険者証の記号・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。※【注意】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

事業主が証明するところ

被保険者氏名	事業主記入用								
出産のため休んだ期間 (申請期間)	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。							(全・・・全額 半・・・半額 日・・・日割)		
上記労務に服さなかった期間の賃金内訳	月	月分		月分		月分			
	区分	該当するものに○	支給額(円)	該当するものに○	支給額(円)	該当するものに○	支給額(円)		
	基本給	全・半・日・無		全・半・日・無		全・半・日・無			
	通勤手当	全・半・日・無		全・半・日・無		全・半・日・無			
	家族手当	全・半・日・無		全・半・日・無		全・半・日・無			
	営業手当	全・半・日・無		全・半・日・無		全・半・日・無			
	残業手当	全・半・日・無		全・半・日・無		全・半・日・無			
	手当	全・半・日・無		全・半・日・無		全・半・日・無			
手当	全・半・日・無		全・半・日・無		全・半・日・無				
手当	全・半・日・無		全・半・日・無		全・半・日・無				
(備考) ※申請期間内の有給休暇及び出勤日を左記(備考)に記入ください。									
上記のとおり相違ないことを証明する。									
平成	年	月	日	事業所名称					
				事業所所在地					
				事業主氏名	印				

医師・助産師が記入するところ

出産者氏名	医師等記入用								
出産予定年月日	平成	年	月	日(予定日)	出産日年月日	平成	年	月	日(出産日)
出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)				生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)			
上記のとおり相違ないことを証明する。									
平成	年	月	日	医療施設の所在地					
				医療施設の名称					
				医師・助産師の氏名	印				
				電話	()				