

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	令和 令和	年 年	月 月	日 日

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	(フリガナ)	所属	部・支店・工場 課
	自宅住所	(〒 -)	(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) ※有給休暇も含めて 記入ください。	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	2 出産予定日	令和 年 月 日	3 出産日	令和 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	

※「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)	店舗番号
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	※左づめでご記入ください。 ※ゆうちょ銀行は不可です。
	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」の場合は必ず記入ください。

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。	令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係
		住所 (フリガナ) 氏名	

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。

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)		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間																						
勤務状況【出勤は○】・【欠勤は×】・【有給休暇は△】・【公休は公】でそれぞれ表示ください。																																
月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
事業主が証明するところ 上記期間の賃金内訳	区分	月	月分					月分					月分																			
			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		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	通勤手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
(備考)																																
上記のとおり相違ないことを証明する。																																
令和 年 月 日										事業所名称 事業所所在地 事業主氏名																						

出産者氏名		医師等記入用																											
出産予定年月日		令和	年	月	日(予定日)	出産日年月日		令和	年	月	日(出産日)																		
出生児の数		○単胎○多胎(児)					生産または死産の別		○生産○死産(妊娠 週)																				
上記のとおり相違ないことを証明する。																													
令和 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 電話 ()																			