

健康保険 出産手当金支給申請書

申請日：令和 年 月 日

被 保 者 記 入 欄	① 健康保険証		② 被保険者の氏名		③ 被保険者の生年月日		④ 被保険者の事業所名称						
	記号	番号	(フリガナ)		昭和	年	月	日					
					平成								
	⑤ 被保険者住所	〒 _____							日中連絡が取れる電話 () _____				
	⑥ 被保険者資格	取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	喪失日	令和	年	月	日		
	⑦ 出産予定日	令和	年	月	日	⑧ 出産児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (_____ 児)						
	⑨ 出産日	令和	年	月	日	〔 出産前の申請の場合記入不要 〕							
	⑩ 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	日数	日間
	⑪ 出産のために休んだ期間分の報酬を受けましたか。また今後受けられますか	〔現在〕		<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けない	〔将来〕		<input type="checkbox"/> 受けられる	<input type="checkbox"/> 受けられない				
	⑫ 上記の報酬を「受けた」または「受けられる」と回答した場合、その報酬の額とその支払いの基礎となった期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	の分として _____ 円	
⑬ 出産のために休んだ期間に傷病手当金等別の給付を受けているまたは受ける予定はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい		〔制度名 _____〕								
⑭ 給付金の受取方法	<input type="checkbox"/> 会社経由での受取を希望する ⇒ ⑮委任欄を記入してください		<input type="checkbox"/> 個人の口座へ振り込みを希望する ⇒ ⑯振込口座 (被保険者名義) を記入してください										
⑮ 委任欄	本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____												
⑯ 振込口座	金融機関名				支店名				種別	<input type="checkbox"/> 普通当座 <input type="checkbox"/> 普通当座			
ゆうちょ銀行の場合振込用の口座をご記入ください	口座番号			口座名義 (カタカナ)				⑰備考欄					

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見 欄	出産者の氏名			出産児の数	単胎 ・ 多胎 [_____ 児]					
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定年月日	令和	年	月	日
	正常出産または異常出産の別	正常 ・ 異常		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します。				令和	年	月	日		
	医療機関の所在地				(電話) _____					
医療機関の名称										
医師・助産師の氏名										

次ページに続きます

