

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	事業所の名称		
	被保険者の 氏 名	フリガナ	生年月日 昭和 年 月 日 平成	
	被保険者の 住 所	電話 ()		
	資格取得 年月日	昭和 令和 平成 年 月 日	資格喪失 年月日	平成・令和 年 月 日
	出産年月日	平成・令和 年 月 日		
	出産予定 年月日	平成・令和 年 月 日		
	単胎又は 多胎の別	単胎・多胎 (児)		
出産のため 休んだ期間 (申請期間)	平成・令和 年 月 日から	間	ただし 日は出勤の ため除く	
	平成・令和 年 月 日まで			
上の期間に対して 給料を受けましたか 又は受けられますか	・受けた ・受けられる ・受けられない	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日分として 円	

委 任 状	本申請に基づく給付金の受領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 _____

公金受取口座	<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。 (利用する場合のみ☑、利用しない場合下記金融機関名を記入)
払渡希望 金融機関名	銀行 支店 信用金庫
口座 番号	1. 普通預金 No. _____ 口座名義 フリガナ _____
	2. 当座預金 No. _____ 氏名 _____

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。
(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 の 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間		
	労務に服さなかった日 (該当する日を○で囲んでください。公休日も休んだ日に含めてください。)			計	
	年 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	日	日	
	年 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	日	日	
	年 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	日	日	
	年 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	日	日	
	年 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	日	日	
	年 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	日	日	
	給料の 支払日	毎月 日締切 当月・翌月 日支払	上記の期間中の分として 支給する報酬の有・無	有・無	
	給与の種類	月給・日給月給・日給・時間給・歩合給・その他 ()			
報 酬 の 内 訳	種 類	金 額	期 間	全額支給・一部支給	備 考
	基 本 給	円	月 日～ 月 日		
	通 勤 手 当	円	月 日～ 月 日		
	手 当	円	月 日～ 月 日		
	手 当	円	月 日～ 月 日		
計	円				
給料・手当等いっさい報酬を 支給しないときはその理由					
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					
電話 ()	-				

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	出産予定年月日	平成・令和 年 月 日	出 産 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
住所・所在地				
医療施設の名称				
医師・助産師の氏名				
電話 ()	-			

① 貸金台帳(写) 及び出勤簿(写) 又はタイムカード(写) を添付してください。
② 記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン) を記入ください。

※ 受付日付印