

健康保険 出産手当金 支給申請書
 出産手当金付加金

(第 回 目)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
		—				
	氏 名 (自署)	フリガナ -----	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	住 所 電話番号	(〒 —)	電話番号： ()			
	事業所名称					
申請内容	1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。		1. 出産前の申請 2. 出産後の申請			
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。 「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください		出産予定日 令 年 月 日 出 産 日 令 年 月 日			
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)		令 年 月 日 から 日間 令 年 月 日 まで			
	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。		☐ はい ☐ いいえ			
	5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。		令 年 月 日 から 円 令 年 月 日 まで			
	6 出生児の数		単胎 ・ 多胎 (児)			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通 ・ 当座		
		本店・支店・出張所	口座番号			
	口座名義 (カタカナ)	※上記被保険者と同じ名義の口座を記入してください。				
	公金受取口座	☐ 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 ☒ 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。				

受 付 年 月 日

事業主が証明するところ	被保険者氏名											
	労務に服さなかった期間	令	年	月	日から		出勤	有給	この期間に賃金を支給しました(します)か	□はい □いいえ		
		令	年	月	日まで	日間	日	日				
	被保険者の給与の種類	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ その他 ()				賃金計算	締日	日	支払日	☐ 当月 ☐ 翌月	日	
	上記の期間中の報酬を全部または一部支給した(する)場合			年	月	日～	年	月	日	日間	円	
				年	月	日～	年	月	日	日間	円	
		通勤手当		年	月	日～	年	月	日	日間	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所住所 事業所名称 事業主氏名 電話番号： ()												

医師又は助産師が意見を記入するところ	出産者氏名										
	出産予定年月日	令	年	月	日	出産年月日	令	年	月	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します。 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 電話番号： ()										