

# 健康保険 出産手当金支給申請書

確認欄	この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。（ただし、医師の証明欄は除く。） ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。	令和 年 月 日 提出
<input type="checkbox"/>		

①事業所名称				②被保険者証 記号-番号									
③被保険者氏名			性別	④生年月日	昭和・平成			⑤年齢		歳			
			女		年 月 日								
⑥被保険者住所・連絡先	(〒 - )			(TEL. )									
⑦出産予定日	令和 年 月 日			⑨妊産婦マル福	該当・不該当・県外								
⑧出産日	令和 年 月 日												
⑩出産のため休んだ期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間												
⑪入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間												
⑫報酬が支払われない理由													

⑬給 付 金 振 込 先	公金受取口座(マイナポータル)	<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。	※公金受取口座または 健保組合登録口座のい ずれかに☑して下さい。											
	健保組合登録口座	<input type="checkbox"/> 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。												
	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 (氏名) (住所)											
		受取代理人	受取代理人 住所・電話 氏名											
			金融機関名称 及び預金種別		信連 農協 銀行	本店・支店			(普通・当座)					
口座番号											左づめでご記入下さい。			
(フリガナ) 名義人	(フリガナ)													

○被保険者のマイナンバー記入欄
(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付印

令和5年5月改訂版

医療機関に記入を依頼して下さい。(医師の捺印は省略できます。)

出産者氏名		出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )			入院費用の別	
生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)			健保・自費・公費・その他	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日	医療機関	(所在地) (名称)	医師の氏名		

○給与規程(写)を添付して下さい。

事業主に記入を依頼して下さい。

被保険者氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳			
労務に服さなかった期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間							
勤務状況 【出勤は○】【有給は△】【公休は●】【欠勤は／】とし、それぞれ赤で表示して下さい。					出勤	有給		
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			
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			
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			
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			
上記の期間を含む賃金計算期間の支給状況を記入して下さい。			給与の種類 ( 月給 ・ 日給 ・ 週給 ・ 時給 ・ その他 [ ] )					
区分	期間	単価 (円)	月 日	月 日	月 日	賃金計算	締日	日
			~ 月 日分	~ 月 日分	~ 月 日分		支払日	日
			支給額 (円)	支給額 (円)	支給額 (円)	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) について記入して下さい。		
基本給								
通勤手当								
手当								
手当								
手当								
手当								
計								
上記のとおり相違ないことを証明します。			年 月 日					
事業主	}	住所						
		名称						
		氏名						
						健保事務担当者確認欄	<input type="checkbox"/>	
(※) 事業主の押印は省略できます。								