

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。 | 令和 年 月 日 提出 |
| <input type="checkbox"/> | 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。 | |

| | | | | | | | | |
|--------------|--------------------|---------|-----------------|----------------|-----|--|---|--|
| 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 女 | ④生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | ⑤年齢 | | 歳 | |
| 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印して下さい。 | | | | |
| | 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。)

令和5年5月改訂版

受付印

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) | 医師の氏名 | |
| | | (名称) | | |

○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 | | | | 健保事務担当者確認欄 | <input type="checkbox"/> | |
| | | 名称 | | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | | |
| | | | | | | | (※) 事業主の押印は省略できます。 | |