

問⑨ 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者記入用



被保険者本人が出産のため会社を休み、その間の給与の支払いを受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	記号・番号	記号 (左づめ) <input type="text"/>	番号 (左づめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>			記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	氏名	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。			
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県			

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は 不要 です。	
	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	

ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページ目に続きます。▶▶▶

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	添付書類	職歴	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>	1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付	その他	<input type="checkbox"/>	1. その他	(理由)	枚数	<input type="text"/>	受付日付印
<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>																			

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

ページ

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前 <input type="checkbox"/> 2. 出産後
	③-1 出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	④-1 出生児数	<input type="text"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。
	④-2 死産児数	<input type="text"/> 人
⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい ➡ ⑤-2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ➡ 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。	

医師・助産師による証明	出産者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。
	出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	出生児数	<input type="text"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。	
	死産児数	<input type="text"/> 人	
	死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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			

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。➡➡➡

6 1 1 2 1 1 0 3

