

出産手当金支給申請書 記入例

健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等	記号 987 番号 654	生年月日	昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	印	← 自署の場合は押印を省略できます。
	住 所	〒 110- 0000 東京 都・道 墨田区 〇〇 X-X 電話番号☎ (日中の連絡先) 03-1234-0000	受領委任 (チェック必須)	☒ 本申請書の提出を事業主に依頼します。 ☒ 在職中の給付金は事業主経由で受領します。
	事業所名称	(株)〇〇〇〇		

当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合は下記振込先をご記入ください。

遺贈者記入欄	振込先金融機関名称	銀行・金庫・信託 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者・申請者

申請者	被保険者死亡により 口座名義が被保険者 と異なる場合のみ ご記入ください。	申請者 (口座名義人)	住所	〒
			電話番号 (日中の連絡先)	()
			氏名・印	印 被保険者との関係()

申請内容	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。	5	☐ 出産前の申請 ☒ 出産後の申請
	6 出産前の申請のときは、「出産予定日」を 出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。	出産予定日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 出産日 令和 〇 年 〇 月 〇 日
	7 出産のため休んだ期間(申請期間) 注：申請期間を訂正した場合は、申請者の訂正印の必ず押印ください。	令和 〇 年 12 月 5 日 から 令和 〇 年 3 月 12 日 まで	98 日間
	出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。	☐ はい ☒ いいえ	
	「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる) 期間と報酬額をご記入ください。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主／医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。) ※振込先は在職中の方は記載不要です。

- 被保険者等記号・番号は、マイナ保険証又は、資格情報のお知らせ、資格確認書、保険証でご確認ください。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
- 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。
- 原則、事業主以外の代理人に給付金をお支払いすることはできません。
- 出産前の申請か出産後の申請か、どちらかにチェックを入れてください。
- 出産前の申請の場合は、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合は、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。
- 申請期間をご記入ください。

- この申請書は、ご記入いただいた申請期間が経過する前に提出することはできません。
- 出産日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日以前42日から出産後56日目までの期間を限度として申請することができます。(42日+α+56日)

この申請書は 2枚1セット です。2枚目の「事業主／医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。