

出産手当金支給決定伺

常務理事		事務長		係		支給決定額						円
資格取得日	平・昭・令	年	月	日	給付 日額	円	支給 期間	平・令	年	月	日から	日間
資格喪失日	令和	年	月	日				平・令	年	月	日まで	日間
前回までの 支給期間	平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	入院 期間	円	平・令	年	月	日から	日間	
法第108条 適用	平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで			分 娩前	日	分 娩後	日		

1 2 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 -)	都・道 府・県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(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。)	口座名義 の区分

「2」の場合は必ず記入してください。

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
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

確認欄 (チェック)	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 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る。
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は右記に○をしてください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)		<input type="radio"/>
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		

(R3.4)

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	-----	
		出 産 日 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 から	日間	
		<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. 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。	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 から	円		
	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 まで			
6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎() 児)			

医師・助産師記入欄	出産者氏名			
	出産予定年月日	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	出産年月日	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎() 児)	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。		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		TEL	()	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

