

記入例

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

(第 1 回)

被保険者(申請者)情報	記号	5 0 0	番号	2 5 1 0	生年月日	年 月 日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4 6 ○ ○ △ △
	氏名 (※被保険者死亡の時は申請者の氏名)	(フリガナ)ケンコウ ハナコ 健康 花子			事業所 名称	〇〇徳洲会病院
住所	(〒 530 - 0001)	大阪府	都 道 府 県	大阪市北区梅田〇丁目〇-〇〇 △△マンション203		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (××××) ××××					

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇	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	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	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
	ケンコウ ハナコ			1 1. 申請者 2. 代理人

「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	
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	※代理人が署名し てください	(フリガナ)	氏名		

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

※被保険者が亡くなられ、相続の方が請求される場合は、申請される方の氏名をご記入下さい。(住所・振込口座も同様です。)生年月日は「被保険者」の生年月日をご記入下さい。また、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付して下さい。

(元.12)

受付日付印

備考欄	
-----	--

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

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。	① 2	1. 出産前の申請	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。	②	出産予定日	令和 1 年 7 月 2 日 ----- 出産日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	③	令和 1 年 5 月 22 日 から	100 日間 令和 1 年 8 月 29 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。	2	1. はい	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。		令和 年 月 日 から	円 令和 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	令和 年 月 日	出産年月日	令和 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	()		

医師または助産師に記入いただいています。

- ① 出産前の申請か出産後の申請かをご記入ください。
- ② 出産前の申請の場合、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合、出産日と出産予定日の両方をご記入ください。
- ③ 出産のため労務に服さなかった期間とその日数(公休日を含む)をご記入ください。

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

