

被保険者(申請者)記入用

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

普通

口座番号
(左づめ)

口座名義
(力夕力ナ)

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書

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. 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。

出産予定日 令和 年 月 日

出 産 日 令和 年 月 日

3 出産のため休んだ期間(申請期間)

令和 年 月 日 から 日間
令和 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。

☐

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

単胎 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 単胎 多胎 (児)

生産または死産の別 生産 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。>>>

