

健康保険 出産手当金 支給申請書

(付加)

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][]	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください [][][][][][][][][][]
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 [][][][][][]
	住所	(〒 [][][] - [][][] [][][][][] 都 道 府 県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][][] [][][][][])		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

私は_____を代理人と定め、次の権限を委任する。
年 月 日請求した出産手当金・出産手当金付加金のうち
金 円也の受領に関すること。

年 月 日

被保険者の(請求者)住所
氏名
代理人の住所
氏名

「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

(付加)

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	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	令和	年	月	日	まで	日間
	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	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	令和	年	月	日	まで	円
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	()					

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

