

# 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

被保険者（申請者）情報	記号	1 2 5 0	番号	0 0 0 0 0 2	生年月日	年	月	日
	被保険者証の（右づめ）				<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0	3	0
	氏名	(フリガナ) ケンポ トモコ 健康 友子				0	3	0
	住所	(〒 350 - 0002 ) 埼玉県 川越市〇〇2-2-2				0	3	0
電話番号（日中の連絡先）	TEL	090 (0002) 0002	埼玉県					
<input checked="" 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□にレ）								

振込先指定口座	金融機関名称	健康信用	銀行 <u>金庫</u> 信組 農協 漁協 その他( )	本店 <u>支店</u> 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				
	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。） ケンポ トモコ		口座名義の区分				
				2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。			
						1	1.申請者 2.代理人	

「2」の場合は必ず記入ください。

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
		氏名	(フリガナ)	

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	係長	担当者

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

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。	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。	出産予定日	令和 1 年 6 月 20 日	出産日	令和 1 年 6 月 28 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 1 年 6 月 10 日から	52	日間	令和 1 年 7 月 31 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	単胎	多胎	( 児 )	

医師・助産師記入欄	出産者氏名	健保 友子			
	出産予定年月日	令和 1 年 6 月 20 日	出産年月日	令和 1 年 6 月 28 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 1 年 6 月 30 日			
医療施設の所在地	埼玉県川越市□□1100				
医療施設の名称	川越病院				
医師・助産師の氏名	医師 川越 月子	電話	049 (0002) 0002		

「事業主記入用」は3ページに続きます。 >>>

