

出産手当金支給申請書 記入例

健康保険 出産手当金 支給申請書 (被保険者/医師・助産師記入用)

1 被保険者証	記号	987	番号	654321	生年月日	昭和 平成 令和 ××年×月×日
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子				
2 住所	〒100-0000 東京都渋谷区〇〇 ×-×					電話番号 (日中の連絡先)
	△△マンション×××号					
事業所名称	株式会社 〇〇〇〇			資格取得年月日	昭和 平成 令和 ××年×月×日	

振込先	金融機関名称	〇〇〇〇 銀行・信金・信組 農協・協同・信連・信連連	金融機関・支店コード	× × × × - × × × ×
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ ハナコ	種別と口座番号	普通 当座 × × × × × × × ×

4 委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	氏名・印	印	被保険者との関係 ()

5 申請内容	出産予定年月日	平成 令和 元 年 5 月 20 日	出産年月日	平成 令和 元 年 5 月 15 日
	出産のため休んだ期間 (申請期間)	平成 令和 31 年 4 月 4 日 から 98 日間 平成 令和 元 年 7 月 10 日 まで		

医師・助産師記入欄	出産者氏名	出生児の数	□ 単胎 □ 多胎 (児)	
	出産予定年月日	平成 令和 年 月 日	出産年月日	平成 令和 年 月 日
	生産又は死産の別	□ 生産 □ 死産 (妊娠 か月 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日
所在地	医療機関名	医師・助産師の氏名	印 電話番号 ()	

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

7 印
マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(印)

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 被保険者が亡くなられた場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。
申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横に () でご記入ください。
その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。
ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
被保険者(申請者)、代理人(口座名義人)の印もれにご注意ください。
また、代理人(口座名義人)の印は、被保険者(申請者)の印とは別のものをご使用ください。
なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本等)の添付が必要となります。
- 出産予定日と出産日の両方をご記入ください。
- 申請期間をご記入ください。
 - この申請書は、ご記入いただいた申請期間が経過する前に提出することはできません。(産前分、産後分など複数回に分けて申請することは可能です。ただし、事業主の証明などは、その都度必要となります。)
 - 出産日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日以前42日から出産日以後56日目までの期間を限度として申請することができます。(42日+a+56日)
- ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

この申請書は 2枚1セットです。2枚目の「事業主記入用」も必ずご提出ください。