

健康保険 出産手当金 支給申請書

■ 下記の通り、請求します。

提出日:令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号		番号		所 属		被保険者氏名						
					事業所	職場	自署						
	出産予定日		<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	出 産 日		<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	
			<input type="checkbox"/> 9令和						<input type="checkbox"/> 9令和				
	出産のために休んだ期間 (申請期間)		<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	まで	日間
			<input type="checkbox"/> 9令和							<input type="checkbox"/> 9令和			
振 込 先 口 座	金融機関名称		銀行 信用金庫 農協						支店 出張所				
	預 金 種 別		<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> ()	口座番号 (左詰め)				口座名義(フリガナ) ※被保険者					
<small>被保険者証の記号番号を記入の場合、個人番号記載は不要ですが、記号番号に代えて、個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載ください、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添付書類が必要です。</small>													
備考欄													

医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出 産 者 氏 名											
	出産予定 年月日		<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	出 産 日 年 月 日		<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日
			<input type="checkbox"/> 9令和						<input type="checkbox"/> 9令和			
	出生児の数		<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産または死産の別		<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 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 の 証 明 欄	出 産 者 氏 名													
	労務に服さなかった期間 (申請期間)		<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	まで	日間	
			<input type="checkbox"/> 9令和							<input type="checkbox"/> 9令和				
	報 酬 の 支 払 状 況	全額支給の場合		<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	まで	日間
				<input type="checkbox"/> 9令和							<input type="checkbox"/> 9令和			
		金		円 (日額 金		円)								
		一部支給の場合		<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日	まで	日間
				<input type="checkbox"/> 9令和							<input type="checkbox"/> 9令和			
		金		円 (日額 金		円)								
		支給しない場合												
上記のとおり相違ないことを証明する。											令和 年 月 日			
事業所所在地														
事業所名称														
事業主氏名											TEL ()			

※ 訂正の場合は、訂正箇所を二重線で引き、サイン(担当者等)をすること。修正液等は不可。

				受 付 印	
支給日		年		月 日	
2021.04改					