

健康保険 出産手当金支給申請書

＊ ＊記入見本 ＊ ＊
出産のために仕事を休んだとき

被
保
険
者
が
記
入
す
る
と
こ
ろ

【被保険者（申請者）情報】					
①被保険者証の記号・番号				②氏名	今近 愛子
記号	144	番号	3600		
③生年月日		昭和59 年 8 月 4 日		④資格取得日	令和元 年 4 月 5 日
⑤住所		〒 140 - 0001 東京都品川区品川O-△-□ 品川マンション501号			
⑥日中連絡の取れる電話番号		080-1111-XXXX		⑦メールアドレス	aiko@gmail.comcom
【申請内容】					
⑧出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。				☐ 出産前の申請 ☒ 出産後の申請	
⑨ ⑧で「出産前の申請」の場合は出産予定日、「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 5 年 9 月 10 日
				出産日	令和 5 年 9 月 15 日
⑩出産のために休んだ期間（申請期間）				令和 5 年 7 月 31 日から 令和 5 年 11 月 10 日まで 103 日間	
⑪ ⑩の出産のために休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。				☐ はい ☒ いいえ	
【給付金受取先】					
⑫ ☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用しない場合は下記の欄にご記入ください。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
⑬金融機関名		⑭支店名		⑮口座番号（7ケタ）	⑯口座名義（カナ）
三菱UFJ銀行		五反田支店		普通 0012345	イマチカ アイコ
給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状にご記入ください。					
⑰委任状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日				
	住所				
	被保険者の 氏名				
	代理人の 住所				
	氏名				

――健康保険組合使用欄――

資格取得日	年 月 日	支給期間・日数	令和 年 月 日から	日間
資格喪失日	年 月 日		令和 年 月 日まで	
標準報酬月額	千円	支給額	円	
標準報酬日額	円			
支給日額	円			

支 給 印 受 付 印

事業主が証明するところ	⑮労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から 日間		一部就労日がある場合、その日数 日間	
	⑯上記の期間に対して賃金を支給しました（します）か。		はい ・ いいえ		⑳賃金計算	締日 日
					支払日	当月 ・ 翌月 日
	㉑報酬の名称	㉒支給対象期間		㉓支給額	㉔支給・控除額の計算式	
		月 日～ 月 日		円		
		月 日～ 月 日		円		
		月 日～ 月 日		円		
		月 日～ 月 日		円		
	通勤手当	月 日～ 月 日		円		
	㉕上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL ()					

事業主証明欄

被保険者は記入しないでください。
事業主に証明を依頼してください。

医師または助産師が記入するところ	㉖出産者氏名				
	㉗出産年月日	令和 年 月 日	㉘出産予定年月日	令和 年 月 日	
	㉙出生児の数	単胎 ・ 多胎 ()	死産 (週)		
	㉚上記内容について相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 TEL () ※医療機関の所在地・名称はゴム印（スタンプ等）を使用してください。				
	医師または助産師記入欄				

医師または助産師記入欄

被保険者は記入しないでください。
医師または助産師に記入を依頼してください。

※記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名（サイン）を記入してください。
※期間（日数）の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。
例）6月13日から6月19日は7日間 となります。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄