

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

1 保険者情報	①被保険者証	記号 0000 番号 654321	②生年月日	昭(平)令 ××年 ×月 ×日
	③氏名(申請者)・印	(フリガナ) サンギョウ ハナコ 産業 花子		
	④住所(申請者)	〒 105 - 0014 東京 都 道 府 県 港区△△○-○-○		
		△△△マンション○○号室	⑤電話番号 (日中の連絡先)	090 (××××) ××××
	⑥事業所名称	株 □□□□	⑦被保険者の 資格取得日	昭(平)令 ××年 ×月 ×日

2 申請内容	⑧出産予定日	昭(平)令 31 年 3 月 30 日	⑨出産した日	平(昭)令 31 年 4 月 1 日
	⑩出生児数	単胎 ・多胎(児)		
	⑪出産のため休んだ 期間(申請期間)	昭(平)令 31 年 2 月 17 日 から 平(昭)令 1 年 5 月 27 日 まで	100 日間	
⑫上記⑪の期間に報酬を 受けましたか。また今後受 けますか。	1.はい 2.いいえ	⑬⑭で「はい」と答えた場合 その報酬額とその期間	平・令 年 月 日から 報酬額 平・令 年 月 日まで 円	

3 委任状	⑭被保険者 (申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。 氏名・印 産業 花子	令和 元 年 5 月 10 日
	⑮受任者 (事業所)	氏名・印 株 □□□□ 代表取締役 △△ △△	受任者氏名・受任者印は当健康保険 組合に提出している給付金振込依頼 書と同一にしてください。

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

4
備考

⑯社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

訂正する場合は、訂正箇所にも二重線を引き訂正印を押してください。

- 1 被保険者証に記載されています。
- 2 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。
 - ▶ 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 + α + 56日)
- 3 在籍中の方は全て事業所への委任払いになるため、委任状の⑭欄には、被保険者の署名・捺印をし、⑮欄は事業所が署名・捺印をしてください。受任者氏名・受任者印は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。また、事業所を辞められた後の申請の場合は事業所への委任払いのほか、個人口座へお支払いも可能です。申請書の余白部分に、被保険者(申請者)名義の口座で金融機関名・支店名・種別(普通・当座)・口座番号・口座名義(フリガナ)をお書きください。(個人口座へお支払いを希望される場合は委任状は不要です。)
- 4 被保険者証の記号番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄に記載してください。(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。)

この申請書は 2枚1セット です。2枚目の「事業主/医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。