被保険者証等の記号番号は、健保HPログイン or マイナポータルにて確認可能です。

健康保険出産手当金請求書

被保険者が記入するところ

被保険者証等の記号番号	記号		被保険者資格取得日	平成 令和	年 月 日
	番号				
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者住所等	〒 電話 ( ) E-mail	
生年月日	昭和・平成 年 月 日				
事業所名及び電話	電話 ( )		GUI		
出産予定年月日	令和 年 月 日		出生児の数	単胎・多胎（ 児）	
出産年月日	令和 年 月 日		生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 週 日）	
出産のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		期間中の報酬（賃金）の有無	現在又は将来にわたって 有・無	
			報酬があったときは対象期間とその金額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	円

被保険者資格喪失日（喪失後の場合）：令和 年 月 日

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（ 事業所経由で提出する場合は ☑ ）

振込口座指定	銀行・金庫 信組・農協	金融機関コード	本店 支店	支店番号	
	預金種別	普通・その他（ ）	（フリガナ）		
	口座番号		口座名義	※被保険者（本人）名義の口座に限る	

☐ 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。（利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。）

※口座情報の反映には登録から数日を要します。

医師又は助産師が証明するところ

出産者氏名			
出産予定年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎（ 児）
出産年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 週 日）

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

名 称

氏 名 ㊞ 電話 ( )

※医師又は助産師名が自署の場合は押印省略可。

事業主が証明するところ

出産のために労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
期間中の報酬について	①全額支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分の報酬を 円
	②一部支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分の報酬を 円
	③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。

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

名 称

氏 名

電 話 ( )

※事業主は出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

令和 年 月 日提出

受付日付印

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります

被保険者のマイナンバー記載欄