

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	〇〇	被保険者資格取得日	平成		年		月		日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	令和		年		月		日
	番号	〇〇〇〇〇		令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇		〇						
被保険者氏名	フリガナ ケンボ カズコ 健保 和子										被保険者住所等	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション407 電話 00 (123) 4567 E-mail 〇〇@xxx.jp						
生年月日	昭和・平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日										E-mail 〇〇@xxx.jp							
事業所名及び電話	E Y 〇〇〇〇〇〇〇 電話 99 (321) 4567										GUI	〇〇〇〇〇〇						
出産予定年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日										出生児の数	単胎・多胎 (児)						
出産年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日										生産又は別	生産・死産 (妊娠 週 日)						
出産のため休んだ期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から										期間中の報酬 (賃金) の有無 報酬があったときは対象期間とその金額	現在又は将来にわたって 有・無						
	令和 〇 年 〇 月 〇 日まで											令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円						
☒ 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	支店番号	
	預金種別 普通 その他 ()										(フリガナ)		ケンボ カズコ		支店		X X X X	
	口座番号 0 1 2 3 4 5 6										口座名義		健保 和子		※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。																	
所在地	令和 年 月 日																
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

期間中の報酬について	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															
	①全額支給した場合又は 支給する場合	令和 年 月 日 から	の分の報酬を 円														
		令和 年 月 日 まで															
	②一部支給した場合又は 支給する場合	令和 年 月 日 から	の分の報酬を 円														
		令和 年 月 日 まで															
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	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。															
		令和 年 月 日 まで															
上記のとおり相違ないことを証明します。																	
所在地	令和 年 月 日																
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。

※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

令和 年 月 日提出
受付日付印