

※A3用紙で出力してください

健康保険出産手当金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日 平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合) 平成 令和	年	月	日	
	被保険者氏名と印	フリガナ		被保険者住所		〒					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				電話 ()					
	事業所名及び電話	電話 ()				社員・職員コード					
	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)										
出産年月日	平成 令和	年	月	日	出産予定年月日	平成 令和	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎(児)
出産のため休んだ期間	平成・令和 年 月 日 から		日間								
	平成・令和 年 月 日 まで										
①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか			現在まで	受けた・受けない	将来	受けられる・受けられない					
②報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間			平成・令和 年 月 日 から	の分として 円							
			平成・令和 年 月 日 まで								

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日 から	日間
		平成・令和 年 月 日 まで	
	①全額支給した場合又は支給する場合	平成・令和 年 月 日 から	の分の報酬を 円
		平成・令和 年 月 日 まで	
②一部支給した場合又は支給する場合	平成・令和 年 月 日 から	の分の報酬を 円	
	平成・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	平成・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。	
	平成・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。			
令和 年 月 日			
所在地			
事業主	名称		
	氏名	Ⓜ	
	電話		

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

医師又は助産師が証明するところ	出産者氏名			
	出産年月日	平成・令和 年 月 日	出産予定年月日 平成・令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	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			
職名()	所在地	名称	氏名 Ⓜ	
			電話	

振込先指定口座	銀行・金庫 信組・農協	金融機関コード	本店 支店	支店番号	令和 年 月 日 提出
	預金種別	普通・当座	口座番号	右づめでご記入ください	
	名義人(フリガナ)		口座名義の区分	該当するところに○を記入 ・被保険者(請求者) ・代理人	

※被保険者(請求者)以外の口座に振込希望の場合は、被保険者・代理人それぞれに記入・捺印が必要 **(押印省略不可)**

受取代理人の欄	被保険者(請求者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日
	住所	「被保険者(請求者)」が記入するところと同じ
	氏名	Ⓜ
代理人(口座名義人)	〒 TEL	委任者と代理人との関係
	住所	
	フリガナ 氏名	Ⓜ

※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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--