

健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
			口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
※当健保は事業所経由でのお支払いをしておりますので、在職中の方に関しましては記入不要です。(任意継続・資格喪失された方のみご記入ください)				

委任状	口座名義が代理人 の場合にご記入 ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	氏名 ④	
		事業所住所		
		事業所名		

申請内容	今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。		☐ 出産前の申請 ☐ 出産後の申請			
	出産前の申請のときは、「出産予定日」を 出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。		出産予定日	平・令	年 月 日	
			出産日	平・令	年 月 日	
	出産のため休んだ期間(申請期間)		平・令 年 月 日 から	日間		
			平・令 年 月 日 まで			
出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。		☐ はい ☐ いいえ				
「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる) 期間と報酬額をご記入ください。		平・令 年 月 日 から	円			
		平・令 年 月 日 まで				

注：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。

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

関東信用組合連合 健康保険組合

事業主が証明するところ	被保険者氏名											
	労務に服さなかった期間	平・令	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。			
		平・令	年	月	日	まで	日間	日	日	☐ はい ☐ いいえ		
	被保険者の	給与の種類	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()				賃金計算	締日	日	支払日	☐ 当月 ☐ 翌月	日
	上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
			年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
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												
事業所名称												
事業主氏名 電話番号 ()												

事業主のみなさまへ

申請期間中の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

医師・助産師記入欄	出産者氏名											
	出産予定年月日	平・令	年	月	日							
	出産年月日	平・令	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 か月 週)										
	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												
医療機関名												
医師・助産師の氏名 電話番号 ()												

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。