健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者	被保険者証	記号		氏名	
		番号			

下記のとおり、出産手当金の支給を申請します。

出産予定日	令和　年　月　日	出産日	令和　年　月　日	出生児数	□ 単胎　□ 多胎（　児）
出産のため休んだ期間（申請期間）	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日まで　日間				
上記の休業期間中の報酬について	左記で支給有りの場合、報酬を受けた期間と金額				
□ 支給無し　□ 支給有り →	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日まで　円				

※ 保険証の記号が「1300」の方や 請求時に退職されている方は、①振込先口座をご記入ください。（ゆうちょ銀行の取扱いはありません）
上記以外の方は、事業所経由で支給されますので ②委任状をご記入ください。

①振込先口座

金融機関名称	銀行　金庫　組合　その他（　）	本店　支店　出張所　支所	預金種別　1．普通　2．当座
口座番号	（フリガナ）口座名義	（　）	口座名義の区分　1．申請者　2．代理人

※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。

②委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。　令和　年　月　日

被保険者（申請者）　住　所

氏　名

【被保険者のマイナンバー記載欄】
※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

（注）マイナンバーで申請の場合：
1. 本人確認のため、通知ｶｰﾄﾞ等の写しも添付してください。
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

医師・助産師記入欄

出産者氏名		出生児の数	□ 単 胎 □ 多 胎（　児）
出産予定日	令和　年　月　日	生産または死産の別	□ 生 産 □ 死 産（妊娠　週）
出 産 日	令和　年　月　日		

上記のとおり相違ありません。　令和　年　月　日

医療施設の所在地
医療施設の名称
医師・助産師の氏名　電話　（　）

※ 労務に服することができなかった期間を含む賃金台帳または給与明細書と勤務表を添付してください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名		出産に伴う休業期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間
休業中の賃金	□ 支給無し □ 一部・全部を支給		

通勤手当	定期代：□ 支給あり　□ 支給なし ↓ 支給月：　月（　ヵ月分月） 支給額：　円 休業中の精算：□ 有り　□ 無し	賃金の一部・全部を支給した場合	給与の種類：□ 月 給　□ 日 給　□ 時間給　□ その他	賃金計算	締 日　日 支払日　□ 当月　□ 翌月　日
			計算方法：□ 全額を支給　□ 一部を支給 →	支給期間と支給額	月　日 から 月　日 まで （　日間） 円

欠勤控除計算方法等をご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

担当者氏名

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　電話　（　）

健保使用欄

健保受付印

横浜ゴム健康保険組合