

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 1***	氏名	横浜 久美子
		番号 999999		

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 3 年 1 月 15 日	出産日	令和 3 年 1 月 10 日	出生児数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 2 年 12 月 1 日 から 令和 3 年 3 月 7 日まで 97 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 2 年 12 月 1 日 から 令和 2 年 12 月 10 日まで 96,600 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

① 振込先口座	金融機関	種別	1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義	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。			

保険証の記号が「1300」の方と、請求時に退職されている方は ①に被保険者名義の振込口座を記入してください。

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 3 年 4 月 1 日
	被保険者 住 所 東京都***区***丁目○番○号	
	横浜 久美子	

保険証の記号が「1300」以外で在職中の方は、 ②の委任状欄に住所・氏名を記入してください。

【被保険者のマ ※上記に被保	で申請の場合: ため、通知カード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	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	出産予定日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生産
	出産日	令和 年 月 日	週)
	上記のとおり相違あり	医療施設(医師・助産師)からの証明を受けてください。	
	医療施設の所在	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貸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	休業中の貸金	<input type="checkbox"/> 支給無し <input type="checkbox"/> 一部・全部を支給	
	定期代: <input type="checkbox"/> 支給	通勤手当	支給月: 月	支給額: 円	日から 日まで 日間)	
	休業中の精算: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	た部を 計算 方法	<input type="checkbox"/> 全額を支給 <input type="checkbox"/> 一部を支給 →	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 ()		

出産に伴う「休業期間」およびその間の「給与・通勤手当等」の支払いについて、事業主から証明を受けてください。

健保使用欄	
-------	--

健保受付印