

健康保険出産手当金支給申請書

1

2

3

被保険者記入用

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)				
	氏名	(フリガナ)	生 年 月 日	元号	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()			
出産手当金受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに			☐ 同意する ☐ 同意しない		

振 込 先 指 定 口 座	☐ 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。				
	※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。				
	金融機関名・店舗名	農業協同組合			本店 支店
	金融機関コード ・店番号		口座 種別	1. 普 通 2. 当 座	口座 番号
	口座名義 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。			口座名義 の区分
					1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請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。		年 月 日	
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
		氏名	(フリガナ)		

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

健康保険出産手当金支給申請書

被保険者・医師・助産師記入用

申請内容	1 今回の出産手当金の申請は、出生前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	☐ 1. 出産前の申請 ☐ 2. 出産後の申請		
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	元号 年 月 日 出産予定日	元号 年 月 日 出 産 日	
	3 出産のため休んだ期間（申請期間）	元号 年 月 日 から 日間 元号 年 月 日 まで 		
	4 上記の出産のため休んだ期間（申請期間）の報酬を受けましたか。又は今後受けられますか。	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ		
	5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。	元号 年 月 日 から 円 元号 年 月 日 まで 		
	6 出生児の数	単胎 多胎 (児)		

医師・助産師記入欄	出産者氏名					
	出産予定年月日	年	月	日	出産年月日	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)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 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 TEL ()					

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険出産手当金支給申請書

事業主記入用

事業主が証明するところ	被保険者氏名												
	証明期間		元号	年	月	日	から	元号	年	月	日	まで	日間
	上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か。										☐	1. はい	2. いいえ
	給与の種類		☐ 月 給	☐ 日 給	☐ 月 給	☐ 歩 合 給							
			☐ 日 給	☐ 時 間 給	☐ そ の 他 （								
賃金計算		締日		日	支払日		当月		翌月		日		
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。													
証明するところ	支給した（する）賃金内訳	期間	単価	月 日～	月 日～	月 日～	賃金計算方法（次勤控除計算方法等） についてご記入ください。						
		月 日分		月 日分	月 日分								
		区分	支給額			支給額		支給額					
		基本給											
		通勤手当											
		住居手当											
		扶養手当											
		手当											
		手当											
現物給与													
計													
上記のとおり相違ないことを証明する。										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、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。