

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	21	125	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	58	12	12
	氏名・印	(フリガナ) トミジ ヨシコ		富自良子			印
住所	(〒 930 - 0992 )	富山 富山市新左町123					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 076 (424) 3328						

振込先指定口座	金融機関 名称	富山第一	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0123444
	口座名義	トミジ ヨシコ		口座名義 の区分

左づめでご記入ください。

▼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字としてご記入ください。)

1. 申請者  
2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	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。		平成	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	氏名・印	(〒 - )	( )	委任者と 代理人との 関係			
	住所	(フリガナ)	氏名・印	印			

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印

(28.8)

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)・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、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 2	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。	出産予定日	平成 28 年 12 月 15 日	出 産 日	平成 28 年 12 月 15 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	平成 28 年 11 月 4 日 から	平成 29 年 2 月 9 日 まで	98 日間	
	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。または今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 2	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。	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	円	
	6 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎 ( ) 児		

医師・助産師記入欄	出産者氏名									
	出産予定年月日	平成	年	月	日	出産年月日	平成	年	月	日
	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎 ( ) 児	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。			平成	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	印	TEL	( )							

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>