

# 出産手当金 支給申請書 1

健康保険 本人(被保険者) 令和4年11月1日交付  
被保険者証  
記号 XXXX 番号 XXXXXXX (校番) XX  
有効期間 令和11年 MM月 DD日  
1939 年 月 日  
氏名 東洋 花子  
生年月日 昭和 YY年 MM月 DD日 性別 男  
資格取得年月日 平成 YY年 MM月 DD日  
保険者所在地 〒141-0022 東京都品川区東五反田2丁目18-1  
保険者番号・名称 東洋製罐健康保険組合 03(4514)2043

業所 受付印  
見本

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		X X X X	X X X X X		<input type="checkbox"/> 昭和	Y Y	M M D D
	氏名(フリガナ)	トウヨウ ハナコ					
	氏名(自署)	東洋 花子 申請者が自筆にて記入してください					
住所	(〒 141 - 9999 ) 東京都品川区●●町 1-2-3 ■■ハイツ101						
電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 (9999) 9999						

受取代理人の欄	<input checked="" type="checkbox"/> 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(委任する場合は)	令和 XX 年 XX 月 XX 日
	被保険者(申請者)	(自署) 東洋 花子 申請者が自筆にて記入してください
	代理人(口座名義人)	(〒) 住所 (フリガナ) 氏名・印
給付金を給与振込にて受けとるための委任です ・アルバイト、任意継続者、資格喪失者は代理人の記入不要 ・申請者以外の個人代理人は 個人に		委任者と代理人との関係に
「個人」を代理人にするときは代理人の捺印		<input checked="" type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 個人

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。	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記入ください。	出産予定日	令和 XX 年 10 月 1 日	出産日	令和 XX 年 10 月 10 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 XX 年 9 月 10 日 から	XX 日間	令和 XX 年 11 月 1 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。または今後受けられますか。	1	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。	記入不要 円			
	6 出生児の数	単胎 多胎 ( 児)			

医師・助産師記入欄	出産者氏名	東洋 元気		
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎 多胎 ( 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する	医師等に当欄の記入(証明)を依頼してください		
	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 ( )			

# 出産手当金 支給申請書 2/2

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者 および 代理人(個人)は下欄に記入

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	区別の記入 「1」 アルバイト、任意継続者、資格喪失者の被保険者(申請者)本人 「2」 申請者以外の個人代理人	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は「マ」空けて記入、濁点(・)、千濁点(千)は「チ」として記入ください)	口座名義の区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

以上のとおり申請します。 令和 XX年 XX月 XX日提出

- ・労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況を記入ください
- ・勤務状況は「勤務表」を添付ください

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況は下記のとおり			
	支給期間	支給額(日額換算)	特記事項	
	月 日~ 月 日分	円		
	月 日~ 月 日分	事業主が記載(証明)してください		
	月 日~ 月 日分			
	月 日~ 月 日分			
	月 日~ 月 日分	円		
上記の支給期間を含む労務に服さなかった期間の勤務状況は 別添「勤務表」のとおり				
上記のとおり相違ないことを証明する。		年 月 日		
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名		電話	( )	

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--