

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

健康 保 険 組 合 使 用 欄	支給決定額				(産前)	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	
					産前	年	月	日				
	支給期間				分娩	年	月	日	資格取得日	年	月	日
	年 月 日				産後	年	月	日	資格喪失日	年	月	日
	年 月 日 日間											
直近12か月間の標準報酬月額平均 (千円 × ヵ月 + 千円 × ヵ月 + 千円 × ヵ月) ÷ 12ヵ月 = 円												
標準報酬月額平均の30分の1 千円 ÷ 30 = 円 → 3分の2相当額 円												
傷病手当金との調整 (有 ・ 無)												
支給 / ~ / ・ 日 × 円 = 円												
支給 / ~ / ・ 日 × 円 = 円												

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者 記号・番号					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)				
住所	(〒 -)		都(道) 府(県)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> 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) 利用するに☑した場合、次の項目も回答ください。 <input type="checkbox"/> 健康保険組合への申請で公金受取口座を利用したことがある。 <input type="checkbox"/> 前回の申請時(年 月)から公金受取口座は変わっていない。 注) 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。						
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 <input type="checkbox"/> 4.通知	口座番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			左づめでご記入ください。
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字としてご記入ください。)						
<input type="text"/>							

(注) 請求書は勤務状態および報酬の有無を確認する為、できるだけ産後休暇終了後(分娩日の翌日より56日後)に提出して下さい。

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

(R7.1)

受付日付印

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入ください。
(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。)

備考欄

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 type="checkbox"/> 1. 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 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 令和 年 月 日	----- 出 産 日 令和 年 月 日
	3 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
	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 type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円
	6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	

医師・助産師記入欄	出産者氏名	
	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 <input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	生産または死産の別 <input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。	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	TEL ()	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

