

健康保険出産手当金支給申請書

見本

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号		3 生年月日			4 被保険者(申請者)氏名			
	1 記号 **	2 番号 ****	昭 平	年 **	月 **	日 **	愛振 花子		
	5 社員番号 *****		6 事業所(勤務先)の名称 会社名 所属名 アイフル株式会社 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○						
	7 被保険者(申請者)の住所 (フリガナ) 〒 ***-**** ○○ 都・府 道・県		連絡先 ○○○-○○○-○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○						
出産予定年月日		令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日			出産年月日		令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
8 出産のため休んだ期間(支給期間)		令和** 年 ** 月 ** 日 ~ 令和 ** 年 ** 月 ** 日 (但し 月 日 ~ 月 日・月 日 ~ 月 日は、出勤・有給)							
9 上の8に書いた期間の部分の報酬を受けましたか。又は受けられますか。		受けた・受 け ない・受けられない・受けられる(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日: 円)							

医 師 ま た は 助 産 師 が 記 入 す る 欄	<p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">こちらは医療機関に記載を依頼してください</p>							
	出産予定年月日 令和 年 月 日				出産年月日 令和 年 月 日			
又は助産婦	TEL() -							

事 業 主 が 証 明 す る 欄	記入不要							
	給付金と給与立替金の相殺を会社へ委任するとき(受取代理を希望されるとき)にご記入ください (記載者の氏名)							

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日							
	被保険者 住所 (申請者) 氏名		代理人の住所 氏名(フリガナ)					
	委任者と代理人との関係							

支払金融機関の欄 ※口座名義人は被保険者(申請者)本人又は代理人に限る。			
○○○	銀 行 信用金庫	本店 支店	普通 当座 (口座番号) *****

ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号13桁ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号をご記入ください

[記入上の注意] 1 給付金の支払は、法定期間が経過してからしかできません。記入欄「8 支給期間」は、分娩日(分娩日が予定日より遅れた場合は予定妊娠の場合、98日)から、分娩日後(分娩日の翌日から)56日までの間に就かなかった期間です。資格喪失(退職)後の申請の場合も同様に必
2 口座名義人は被保険者(申請者)本人または委任者に限ります。また、姓・結婚などで氏名変更された方は、保険証の氏名と口座名義とが合致しているか、ご確認ください。