

健康保険 出産手当金支給申請書

**確認欄** この申請について、右記AまたはBの要件を確認して□に✓を入れてください。

A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。  
 B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

(被保険者/医師・助産師記入用)

被保険者情報	① 被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	株式会社 ○○○○
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	生年月日	昭平・令 ××年×月×日
	② 住所	〒100-0000 東京都渋谷区○○×-× △△マンション××号	③ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

振込先	金融機関名称	○○○○ 銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード	×××× ×××
	口座名義(カタカナで記入)	△△△△ 支店・本店・出張所 支所・本所	④ 預金種別	普通 当座・その他( )
	口座番号	ケンポ タロウ	口座番号	×××××××

④ 公金受取口座  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、上記の口座情報の記入は不要です。)

委任状	⑤ 被保険者(申請者)	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
	代理人(口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係( )

申請内容	⑥ 出産予定年月日	令和 6 年 9 月 20 日	出産年月日	令和 6 年 9 月 15 日
	⑦ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 6 年 8 月 5 日 から 令和 6 年 11 月 10 日 まで	98 日間	

医師・助産師記入欄	⑧ 出産者氏名	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 児 )	
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 か月 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日	
	所在地	医療機関名	医師・助産師の氏名	電話番号 ( )

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主記入用」も必ずご提出ください。 受付日付印

⑨ マイナポータル記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。) マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」資格情報のお知らせ「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 被保険者が亡くなった場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横にかっこ書きでご記入ください。その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 注:マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本等)の提出が必要となる場合があります。
- 出産予定日と出産日の両方をご記入ください。
- 申請期間をご記入ください。  
▶この申請書は、ご記入いただいた申請期間が経過する前に提出することはできません。(産前分、産後分など複数回に分けて申請することは可能です。ただし、事業主の証明などは、その都度必要となります。)  
▶出産日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日以前42日から出産日以後56日目までの期間を限度として申請することができます。(42日+a+56日)
- ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、「事業主の証明」と「医師等の意見」をいただいでください。(申請書2枚目)
- ①の被保険者証等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

※ 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、正しい内容と被保険者の記入するところは被保険者の署名(サイン)、医師・助産師記入欄は医師・助産師の署名(サイン)をご記入ください。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主用」も必ずご提出ください。