

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 1	番号 234	事業所名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンポ ハナコ	氏名 健保 花子	生年月日	昭和 60年 4月 20日 平成
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室			
	電話番号等 (日中の連絡先)	電話 090 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	

申請内容	出産予定日	令和 4年 4月 21日	出産年月日	令和 4年 4月 25日	
	出産のため休んだ期間	令和 4年 3月 11日	から	令和 4年 6月 20日 まで 102 日間	
	上記の出産のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	現在まで	受けた ・ 受けない		
		今後	受けられる ・ 受けられない		
■上記で報酬を受けるまたは受けられると回答された方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。					
報酬支払期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで 日間	
受けた報酬額	円	受ける報酬額	円		

振込先情報	金融機関名称	〇〇〇 銀行 〇〇〇 本店 信用金庫 〇〇〇 支店	支店番号	123
	預金種別	普通 当座 その他( )	口座番号	0123456 口座名義(カタカナ) ケンポ ハナコ

医師・助産師の証明	出産者氏名	出生予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎	この欄は医師または助産師に証明を依頼してください		月または第 週)
	上記のとおり相違ないこと				年 月 日
	医療施設				
	医療施設の名称				
	医師・助産師の氏名				

備考 個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)  
 ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。  
 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点  
 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

受付日付印

