

健康保険 出産手当金支給申請書 記入例

■申請書は2ページです。漏れなく正確に記入してください。

① 1 ページ（被保険者記入用）

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は相続人の方が記入してください。

② 2 ページ（事業主・医師・助産師記入用）

お勤め先の事業所および医師・助産師に記入を依頼してください。

1 ページ

① 被保険者の情報を正確に記入してください。
記号・番号は保険証に記載されています。

被保険者が亡くなって、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名、住所を記入してください。（振込口座も同様です。）

※生年月日は被保険者の生年月日を記入してください。
氏名欄に被保険者氏名をカッコ書きで記入してください。

② 出産予定日、出産日、申請期間は必ず記入してください。

申請期間は、出産日（または出産予定日）以前42日（多胎の場合は98日）から出産後56日の間で、労務に服さなかった期間とその日数（公休日を含む）を記入してください。

※この申請書は、申請期間が経過する前に提出することはできません。（申請期間が経過した後に提出してください。）

③ 公金受取口座を利用する場合

✓を記入してください。（口座情報の記入は不要）
※マイナポータル等で事前登録が必要です。

公金受取口座を利用しない場合
振込を希望する口座を通帳等を確認しながら、正確に記入してください。

ゆうちょ銀行の口座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）・預金種別・口座番号をご記入ください。

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2
被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）の （右づめ）	記号 1 2 3	番号 3 2 1 0	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 0 5 1 2 3 0
氏名 （フリガナ）	ケンボ ハナコ 健保 花子		
住所 （〒 ○○○ - ○○○○）	愛知 名古屋市○○区○○町1-1 △△マンション101		
電話番号 （日中の連絡先）	TEL ○○○（○○）○○○		

本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は○）

1 今回の出産手当金の申請は、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 3 年 6 月 15 日	出産日	令和 3 年 6 月 14 日
3 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 3 年 5 月 4 日 から	令和 3 年 8 月 9 日 まで	98 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。	2	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。	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	円	
6 出生児の数	単胎	多胎	（ 児）	

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。）
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	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
預金種別	1. 普通 3. 別貯 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義	ケンボ。 ハナコ	口座名義 の区分	1. 申請者 2. 代理人

※ 受取代理人の欄

被保険者（申請者）	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。	令和 年 月 日
代理人（口座名義人）	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	委任者と代理人との関係

※ 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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

愛知県医療健康保険組合

1/2 【※4】

※ 被保険者（申請者）以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。

添付書類

以下に該当する場合に添付してください。

被保険者が亡くなれば、相続人の方が請求する場合 被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等