

出産手当金支給申請書

片面印刷で①～②をそろえて提出してください。

①

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	○	○	○	番号	○	○	○	○	○			
	氏名	健保華子					住所	○○○○○○○1-○○						
	生年月日	昭和・平成	○	○	年	○	○	月	○	○	日	事業所名	株式会社○○△○	
	出産日	令和 ○○年 ○○月 ○○日					出産児の数	単胎・多胎(人)						
	出産のため休んだ期間	令和 ○○年 ○○月 ○○日から令和 ○○年 ○○月 ○○日					○○日間							
委 任 状	この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。													
	被保険者氏名					健保華子								
事業所代理人氏名														

※ 妊娠85日(4ヵ月)以上の出産であれば、死産、早産、流産の別を問わず給付の対象になります。

被保険者証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、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
(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	
-----	--

受付日付印

支 給	支給額	円	同年月日		常務理事	事務長		係
	出産日	年 月 日	支払年月日	年 月 日				
支 払 決 議 書	標準報酬日額	円	支給対象期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
	算定	給付の種類	支給期間	支給日数	支給率	支給額		
		出産手当金	年 月 日から 年 月 日	日		円		
			年 月 日から 年 月 日	日		円		