

健康保険出産手当金支給申請書

令和 4 年 6 月 10 日提出

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	社員番号	〇〇〇〇	所属及び部署名	人事部
	被保険者氏名(自署)	フリガナ ケンポハナコ 健保花子			住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 代々木ウエスト〇〇〇号室 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
	生年月日	昭和 平成 6 年 12 月 20 日					

申請内容	出産予定年月日	令和 4 年 5 月 13 日	出産年月日	令和 4 年 5 月 13 日	
	出産のため休んだ期間	令和 4 年 4 月 2 日 から 令和 4 年 7 月 8 日 まで 98 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	将来	受けられる ・ 受けられない
報酬を受けたまたは受けられるときは、その報酬支払の基礎となった期間とその報酬額	報酬支払期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで			
	報酬額	円			

振込先指定口座	金融機関名称	三菱UFJ	銀行 信用金庫	渋谷明治通	本店 支店	支店番号	4 7 0
	預金種別	普通	当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	名義人 (カタカナ)	ケンポ ハナコ

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)																			
	個人番号(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下さい。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③マイナンバーカード(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点も添付して下さい。																			

受付日付印

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ

事業主の証明欄

「被保険者情報」「申請内容」「振込先指定口座」・「医師・助産師記入欄」の記入が済んだら、自身が在籍している会社の人事部門へ提出してこの欄を記入してもらいます。

会社が記入後は、会社の人事部門から健康保険組合へ申請されます。

医師・助産師記入欄

医師の証明欄

出産後、医師または助産師から証明を受けてください。

(注) 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、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。