

出産手当金支給申請書 記入例

東京文具工業 健康保険組合 | 給付係 03-3866-8141 (2)

健康保険 出産手当金 支給申請書		(被保険者記入用)	
被保険者情報	① 被保険者等	記号 987 番号 654321	生年月日 平令〇〇年〇月〇日
	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	
	② 住所	〒 150 0000 東京都 渋谷区〇〇 X-X □□マンションXXX号	
	電話番号	(日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇	
事業所名称	(株)〇〇〇〇		
振込先	③ 金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別 普通・当座・その他()
	口座番号	支店・本店・出張所 その他()	口座番号
受取代理人の欄	④ 受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いします。	被保険者(申請者) 氏名 健保 花子	令和 〇年 〇月 〇日
	代理人(口座名義人)	住所 東京都台東区〇〇 - X X 氏名 文具 一郎	被保険者との関係 (雇用者)
申請内容	⑤ ⑤の「出産手当金の申請は、前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。」	<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請	
	⑥ ⑥の出産前の申請のときは、「出産予定日」を ⑥の出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。	出産予定日 平令〇〇年 1月 20日	出産日 平令〇〇年 1月 15日
	⑦ ⑦の出産のため休んだ期間(申請期間)	平令〇〇年 12月 5日 から 98 日間 平令〇〇年 3月 12日 まで	
	⑧ ⑧の出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑨ 「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる)期間と報酬額をご記入ください。	平令 年 月 日 から 円 平令 年 月 日 まで		

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

⑧ 社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- ① 被保険者等の記号及び番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。
- ② 被保険者が亡くなられての申請の場合は、被保険者氏名の横にカッコ書きで申請者のご署名をお願いします。住所、電話番号についても、申請者のご住所、電話番号をご記入ください。
- ③ 個人口座への入金をご希望の場合、必ず、被保険者または申請者の名義の口座をご記入ください。被保険者、または申請者と異なる名義の口座へのお振込みはできません。
- ④ 事業所が代理受領する場合は、必ず、被保険者(申請者)の署名と、受取代理人の欄には、事業所様より当組合へご提出いただいている、「給付金受領責任者口座設置届」で届出されている方の署名をお願いいたします。
- ⑤ 出産前の申請か出産後の申請か、どちらかにチェックを入れてください。
- ⑥ 出産前の申請の場合は、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合は、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。
- ⑦ 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+α+56日)
- ⑧ マイナンバーでの申請も可能ですが、①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

※ ご記入内容を訂正する場合は、二重線で訂正のうえ、被保険者が記入する欄には被保険者(申請者)の、事業主が記入する欄には事業主の、医師が記入する欄に