

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号 被保険者等 記号・番号 (左づめ)	番号 <table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください ※本人確認書類の添付が必要です
	氏名  (フリガナ)	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>	生年月日 □ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ 令和
	住所 (〒 一 )	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>	都道府県 (都) (道) (府) (県)
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (会社経由で提出する場合は□)		

振込先指定口座	金融機関 名称	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 金庫 <input checked="" type="checkbox"/> 信組 <input checked="" type="checkbox"/> 農協 <input checked="" type="checkbox"/> 漁協 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )		<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 出張所 <input checked="" type="checkbox"/> 本所 <input checked="" type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>
	口座名義 (カタカナ)	<small>▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。</small> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"></table>		

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□ 利用しない場合は上記の欄を記入。)  
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。通常の振込より支給日が遅れますのでご了承ください。

署名欄	ナイスグループ健康保険組合理事長 殿		年 月 日
	本書の通り申請します。		住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 氏名

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	私は下記を代理人と定め、次の権限を委任する。 ____年____月____日に申請した出産手当金のうち、金_____円の受領 に関すること。		
	氏名	年 月 日	住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
代理人(口座名義人) および振込指定口座	住所 氏名 銀行 _____ 支店 _____ 普通 _____	当座	(口座名義人 )	

「申請者・医師・助産師・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

決裁	常務理事	事務長	担当者	
	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>			

支給額	円	資格取得	年 月 日	支払日付印
支給開始	年 月 日	資格喪失	年 月 日	受付日付印
支給期間	自 年 月 日	標準報酬月額	千円 (第 級)	
	至 年 月 日	期間:	~	日間
前回	始 年 月 日	全部・一部 不支給	理由:	
	終 年 月 日	備考	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>	

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師・事業主記入用

## 申請内容

1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/>	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 年 月 日 出 産 日 令和 年 月 日	
3 出産のため休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	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。	<input type="checkbox"/>	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		( <input type="checkbox"/> 単胎) ( <input type="checkbox"/> 多胎) (児)	

## 医師・助産師記入欄

出産者氏名								
出産予定年月日 令和 年 月 日			出産年月日 令和 年 月 日					
出生児の数 ( <input type="checkbox"/> 単胎) ( <input type="checkbox"/> 多胎) (児)			生産または死産の別 ( <input type="checkbox"/> 生産) ( <input type="checkbox"/> 死産) (妊娠週)					
上記のとおり相違ないことを証明する。				令和 年 月 日				
医療施設の所在地								
医療施設の名称								
医師・助産師の氏名				TEL ( )				

## 事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
上記の期間に対して、報酬の全部または一部を支給した(する)期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
支給した(する)報酬額 円 (令和 年 月 日支払)		
上記のとおり相違ないことを証明する。		
事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名 TEL ( )		