

## 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	番号	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		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
	住所	(〒 - )	都(道)	府(県)	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )			
<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 <input checked="" type="checkbox"/> )					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
	口座名義 (カタカナ)	▼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(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。			
<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 年 月 日
	代理人(口座名義人) および振込指定口座	住所 氏名 住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 銀行 支店 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 (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。&gt;&gt;&gt;

決裁	常務理事	事務長	担当者	

支給額	円	資格取得	年 月 日	支払日付印	受付日付印
支給開始	年 月 日	資格喪失	年 月 日		
支給期間	自 年 月 日	標準報酬月額	千円(第 級)		
	至 年 月 日	全部・一部 不支給	期間: ~ 日間 理由:		
前回	始 年 月 日	備考			
	終 年 月 日				

## 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 checked="" type="radio"/>	単胎	<input type="radio"/>	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 checked="" type="radio"/>	単胎	<input type="radio"/>	多胎	(		児)	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/>	生産	<input type="radio"/>	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。	令和	年	月	日							
	事業所所在地											
事業所名称												
事業主氏名	TEL	(		)								