

健康保険 出産手当金 支給申請書

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者(申請者)情報 | 記号 | 番号 | | |
| | 被保険者等 記号・番号 (左づめ) | 5 0 0 1 | 1 2 3 4 | |
| | 氏名 | (フリガナ) ケンポ ヤスコ 健保 保子 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 0 1 0 2 0 3 |
| | 住所 | (〒 123 - 4567) | 神奈川県 神奈川 市 区 町 1-2-3 ***市 ***区 ***町 1-2-3 ***マンション 456号室 | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 000 (123) 4567 | | | |
| <input checked="" 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) | | | | |

※マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。
※「被保険者等記号・番号」を記入した場合は、マイナンバーは記入しないでください。

| | | | | |
|---------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関 名称 | ***** | <input checked="" 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 () | 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 出張所 本所 支所 |
| | 預金種別 | 普通 | 口座番号 (左づめ) | 0 0 0 0 0 0 0 |
| | 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。 ケンポ゜ ヤスコ | | |

※被保険者口座を記入してください。

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 | 令和7年 1月 30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 健保 保子 |

署名欄は必ず手書きをお願いします。

| | | | |
|---------|---------------------|-------|-----------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者(申請者) | 私は | 円を受領 に関すること。 |
| | 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 |

「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 | |
| | | | | |

健保組合使用欄(記入しないでください)

| | | | | | |
|------|---------|--------------|----------|-------|-------|
| 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 | | |
| 前回 | 始 年 月 日 | 理由: | | | |
| | 終 年 月 日 | 備考 | | | |

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。 | 2 | 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 | 6年 | 12月 | 10日 | | |
| | | 出産日 | 令和 | 6年 | 12月 | 1日 | | |
| | 3 出産のため休んだ期間(申請期間) | 令和 | 6年 | 10月 | 21日 | から | 98 | 日間 |
| | | 令和 | 7年 | 1月 | 26日 | まで | | |
| | 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。 | 2 | 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 | 円 | | |
| | 令和 | 年 | 月 | 日 | まで | | | |
| 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 |
| | 出生児の数 | <input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児) |
| | 出生年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 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 | 医療機関へ提出して、証明を受けてください。 |
| | 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。 | |
| | | 医師による証明を取得したうえで、会社(人事・総務担当者)へ提出して、事業主証明を受けてください。 | |
| | 事業所所在地 | | |
| | 事業所名称 | | |
| | 事業主氏名 | TEL () | |