

# 出産手当金支給申請書 記入例

東京都家具健康保険組合 | 業務課 03-5990-9390 対応番号「1」

## 健康保険 出産手当金 支給申請書 (被保険者記入用) ※自署の場合、押印は必要ありません

被保険者情報	1 被保険者証 記号 9876 番号 54321	事業所名称 (株)〇〇〇〇
	2 氏名 ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 〇 平 〇 年 〇 月 〇 日
	住所 〒110-0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	電話番号(日中の連絡先) 090 (1234)〇〇〇〇

申請内容	3 産予定日と「出産日」をご記入ください。 出産予定日 令和 〇 年 1 月 20 日 出産日 令和 〇 年 1 月 15 日
	4 産のため休んだ期間(申請期間) 令和 〇 年 12 月 5 日 から 98 日間 令和 〇 年 3 月 12 日 まで
	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

委任状	5 被保険者(申請者) 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇 年 8 月 25 日 氏名 健保 太郎
	代理人(事業主) 事業所所在地 東京都台東区△△×× 事業所名称 (株)〇〇〇〇 事業主氏名 〇〇〇〇

振込先	6 金融機関名称 銀行・金庫・信組 農協・その他( ) 支店・本店・出張所 その他( )	預金種別 普通・当座・その他( )
	口座名義(カタカナで記入)	口座番号
	公金受取口座 <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、上記の口座情報の記入は不要です。)	口座名義区分 <input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> (代理人)

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。  
注: この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

※組合使用欄	給付日額	資格取得	年月日	全部	自	年月日	日額	円
	円	喪失	年月日	一部	至	年月日	計	円
支給内訳				全部	自	年月日	日額	円
				一部	至	年月日	計	円
				全部	自	年月日	日額	円
				一部	至	年月日	計	円
				全部	自	年月日	日額	円
備考				一部	至	年月日	計	円
				全部	自	年月日	日額	円
				一部	至	年月日	計	円

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名・住所をご記入ください。なお、相続人の方が申請される場合は、添付していただく書類がありますので、当組合業務課(右上の電話番号)までご連絡ください。
- 出産予定日と出産日の両方をご記入ください。
- 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。  
▶ 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)
- 代理人(事業主)に委任する場合は、「委任状」欄の記入が必要です。  
なお、代理人(事業主以外)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は✓を付けてください。(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)  
注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消して正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください

注: この申請書を事業所(事業主)に委任される場合は、事業所経由で提出してください。