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	被保険者等 記号･番号	記号　　番号	事業所名称	
	氏　名	（フリガナ）	生年月日	昭･平･令　　年　　月　　日
	住　所	〒　　－	電話番号 （日中の連絡先）	（　　）
			提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 （事業主経由（依頼）する場合は✔）

振込先	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（　　）
			口座番号	
	口座名義 （カタカナで記入）		口座名義区分	☐ 被保険者（申請者）　☐ 代理人
	公金受取口座	☐ 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。）		

委任状	口座名義区分が代理人の場合にご記入ください	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　　年　　月　　日 氏名
		代理人 （口座名義人）	住所 氏名　　被保険者との関係（　　）

申請内容	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。	☐ 出産前の申請　☐ 出産後の申請
	出産前の申請のときは、「出産予定日」を 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　令和　　年　　月　　日 出産日　令和　　年　　月　　日
	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
	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。	☐ はい　☐ いいえ
	「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。	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで　　円

注：この申請書は<u>２枚１セット</u>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。

受付印

マイナンバー記入欄（被保険者等記号･番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士記載欄	氏名等

自動車振興会 健康保険組合

（令8.4）

健康保険 出産手当金 支給申請書 （事業主／医師・助産師記入用）

自動車振興会 健康保険組合

事業主が証明するところ

被保険者氏名							
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			出勤 日	有給 日	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 ☐はい　☐いいえ	
被保険者の	給与の種類	☐月給 ☐日給 ☐時間給 ☐歩合給 ☐その他(　　)		賃金計算	締日　日	支払日 ☐当月 ☐翌月　日	
上記の期間に対して、報酬の全部又は一部を支給した（する）場合		年　月　日 ～　年　月　日		日間	円		
		年　月　日 ～　年　月　日		日間	円		
		年　月　日 ～　年　月　日		日間	円		

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

所在地

事業所名称

事業主氏名　電話番号　（　）

事業主のみなさまへ

労務に服さなかった期間にかかる「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
また、賃金の支給状況がわかるよう、各種手当の内訳や欠勤控除計算方法などを追記してください。
なお、審査状況により、追加の書類をお願いする場合がございます。

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	☐ 単 胎　☐ 多 胎（　児）
生産又は死産の別	☐ 生 産　☐ 死 産（妊娠　か月　週）

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

所在地

医療機関名

医師･助産師の氏名　電話番号　（　）

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。