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	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。		
氏名	（フリガナ）	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
住　所	〒　　－　　都・道 府・県			
		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委任します。（委任する場合は☑）			

振込先			
金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）	預金種別	普通・当座・その他（　　）
	支店・本店・出張所 その他（　　） ※ゆうちょ銀行口座の支店名は、『数字3桁』です。	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

委任状		
口座名義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） 注：申請期間を訂正した場合は、申請者の訂正印の必ず押印ください。	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
出生児の数	☐ 単胎　・☐ 多胎（　　児）

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。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

東京都二ット 健康保険組合

（R06.12）

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）

東京都ニット 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		

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 申請期間中の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

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　（　　）

出産手当金支給申請書 記入例

東京都ニット 健康保険組合｜業務部 03-3626-1400

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	❶ 被保険者等記号・番号	記号 2 0 0　番号 1 2 3 4	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。
	❷ 氏名	（フリガナ）トウキョウ　キョウコ 東京　京子	生年月日　昭・平・令　×　年　××　月　××　日
	住所	〒 123 － 0000　東京　都・道 府・県　××区△△△　○－○○－○ △△マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）　070　（××××）×××× 提出委任　☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先	❸ 金融機関名称	○○○	（銀行）・金庫・信組・農協・その他（　）	預金種別　（普通）・当座・その他（　）
		△△△△	（支店）・本店・出張所・その他（　）	口座番号　0 0 9 8 7 6 5
	口座名義（カタカナで記入）	トウキョウ　キョウコ		口座名義区分　被保険者（申請者）・代理人

委任状	❹ 口座名義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	❺ 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
	❻ 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　5　月　10　日 出産日　令和　×　年　5　月　1　日
	❼ 出産のため休んだ期間（申請期間） 注：申請期間を訂正した場合は、申請者の訂正印の必ず押印ください。	令和　×　年　3　月　21　日　から 令和　×　年　6　月　26　日　まで　98　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
	出生児の数	☑ 単胎・☐ 多胎（　児）

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。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

東京都ニット 健康保険組合　（R06.12）

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからご確認いただけます。

❷ 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をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）

❸ 給付振込口座をご記入ください。
ゆうちょ銀行を希望の場合、支店名が数字３桁、口座番号が数字７桁でご記入ください。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）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。

❺ 出産前の申請か出産後の申請か、どちらかにチェックを入れてください。

❻ 出産前の申請の場合は、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合は、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。

❼ 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。
（ 産前分、産後分など複数回に分けて申請することは可能です。ただし、事業主の証明などは、その都度必要となります。）
- ▶ 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）

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。

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。