

被保険者(申請者)情報	被保険者記号・番号 (右づめ)		記号・番号がわからない場合は個人番号を記入してください。				生年月日			年	月	日
			記号			番号				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	個人番号											
	氏名		(フリガナ)				資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
						資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
住所		(〒 - ) 都道 府県										
電話番号 (日中の連絡先)		TEL ( )										

受取代理人の欄	被保険者(申請者)		本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。				令和	年	月	日
	氏名						住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
代理人 (口座名義人)		(〒 - )								
		住所								
		氏名								

在職中の方は原則、受取代理人(お勤めの事業所)への委任払いとするため記入不要。  
 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)

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 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	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	口座番号				左づめでご記入ください。	
	口座名義						カタカナ(被保険者名義の口座に限る) (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。)	

「被保険者(申請者)・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印
-------

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 checked="" 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 checked="" type="radio"/>	多胎	( )	児)	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/>	生産	<input checked="" 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	( )							

「事業主記入用」は3ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

