

# 記入例

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	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		
	被保険者等 記号・番号	X	XXXXX		
	氏名	(フリガナ) サンヨウ ハナコ 三陽 花子	生年月日	昭和 平成 令和	XX年 XX月 XX日
住所	(〒 XXX - XXXX ) 〇〇県〇〇市〇〇XX-XX	電話番号 (日中の連絡先)	XXX( XXXX )XXXX		

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。	出産前の申請	・	出産後の申請	
	2 出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和 XX年 10月 1日		
		出産日	令和 XX年 10月 2日		
	3	令和 XX年 8月 21日 から 令和 XX年 11月 27日 まで	99	日間	
	4	出産日を産前にし、 産前42日(多胎98日)から産後56日までの98日間 ※出産日が予定日より遅れた場合、遅れた日数分は産前にプラスされます。	はい	・	いいえ
	5	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		単胎	・	多胎 ( 児)	

振込先指定口座	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。		
	金融機関 名称	銀行 本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他
	<input checked="" type="checkbox"/> の場合は振込口座記入不要 口座の記入がある場合は、 記入された口座に振込します		口座名義 (カタカナ)

「医師・助産師、事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

### 【退職後に請求する場合の条件】

- ・被保険者期間が継続して1年以上あること
- ・退職時に現に出産手当金を受けているか、受けられる状態にあること  
(出産日以前42日目が加入期間であること、かつ、退職日は出勤していないこと)