

被保険者記入例

健康 保 使 用 欄	支 払 額	款 項 目			¥	百万	拾万	万	千	百	拾	円	資格取得日	年	月	日		
		3	1	11									資格喪失日	年	月	日		
													同年月日	年	月	日		
													支払年月日	年	月	日		
出 産 日 支 給 期 間 標 準 報 酬 月 額													年	月	日	日間	：	千円
年 月 日													年	月	日	日間	：	千円

健康保険出産手当金申請書

被 保 者 が 記 入 す こ ろ	①被保険者証 の記号番号	(記号) 56	(番号) 115	②事業所名	(株)△△△		
	③被保険者 (申請者) の氏名・印	梅田 花子			④被保険者の生年月日 昭和・平成 1 年 5 月 6 日		
	⑤被保険者 (申請者) の住所	〒 大阪市 電話 06 (× × × ×) 〇〇〇〇					
	⑥資格取得日	昭和 24 年 7 月 1 日 平成			⑦標準報酬月額	240 千円	
	⑧出産予定日	平成 29 年 3 月 5 日			⑨出産日	平成 29 年 3 月 4 日	
	⑩出産の ため休んだ 期間	平成 29 年 1 月 22 日 から 98 日間 平成 29 年 4 月 29 日 まで					
	⑪上記期間分の報酬を	受けた ・ 受けない ・ 受けられる <u>受けられない</u>					
	報酬を受けたとき又は 受けられるときは その期間及び報酬額	平成 年 月 日から 日間分として 平成 年 円					
	⑫出産した 医療施設 などの	名 称	〇〇〇〇産婦人科				
		所在地	大阪府 . . .				

*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、数字をご記入ください

記入洩れが多発しております！！
銀行名・支店名・口座番号・預金名義
全て洩れなく記入して下さい。
※被保険者以外の口座をご希望の場
合は、下欄の「受取代理人の欄」にもそ
れぞれ記入・捺印が必要です。

⑬ 支 払 希 望 の 銀 行	必 ず ご 記 入																	
	銀行 コード (4ケタ)	1234				〇〇				銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567				〇〇	支店	普通・当座 (〇をつけてください)
	口座 番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします 9 8 7 6 5 4 3										口座 名義	カタカナで記入してください ウメダ ハナコ					

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入・捺印が必要です

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	
	平成 年 月 日	
	住所 被保険者 氏名	(印)
	住所 代理人 氏名	(印)

受付日付印