令和8年11月更新

1 2

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	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 ※本人確認書類の添付が必要です
氏名	（フリガナ）	生年月日　□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
住所	（〒　　ー　　）　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（会社経由で提出する場合は☑）

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。		

□ 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☑　利用しない場合は上記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。通常の振込より支給日が遅れますのでご了承ください。

署名欄

ナイスグループ健康保険組合理事長 殿

本書の通り申請します。

年　月　日

住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ

氏名

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	私は下記を代理人と定め、次の権限を委任する。 ＿＿年＿＿月＿＿日に申請した出産手当金のうち、金＿＿＿＿＿＿円の受領 に関すること。 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）および振込指定口座	住所 氏名 ＿＿＿＿銀行 ＿＿＿＿支店 当座 普通 ＿＿＿＿＿＿（口座名義人　　）

「申請者・医師・助産師・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

決裁	常務理事	事務長	担当者	

支給額	円	資格取得	年　月　日
支給開始	年　月　日	資格喪失	年　月　日
支給期間	自　年　月　日	標準報酬月額	千円（第　級）
	至　年　月　日	全部・一部不支給	期間：　～　日間
前回	始　年　月　日		理由：
	終　年　月　日	備考	

書類受領印	受付日付印

ナイスグループ健康保険組合

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者（申請者）・医師・助産師・事業主記入用

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。	□ 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。	□ 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	（単胎）（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	（単胎）（多胎）（　児）	生産または死産の別	（生産）（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　（　）

事業主が証明するところ

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
上記の期間に対して、報酬の全部または一部を支給した（する）期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで	日間
支給した（する）報酬額	円　（令和　年　月　日支払）	

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　TEL　（　）

ナイスグループ健康保険組合