健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者（申請者）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 （法律姓）	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
住所	（〒　　－　　）		
	都・道・府・県		
電話番号	（　　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

□ 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）

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
預金種別	普通預金	口座番号(左づめ)
口座名義（カタカナ）	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。（左づめ）	