

※ 別紙（申請の際の留意点）を確認のうえ、必要書類を添付して申請してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇△△	番号 □□××	記号・番号に代えてマイ ナンバーで申請する場合													
	事業所の 名称	●●●証券株式会社															
	被保険者 氏名	健保 太郎						生年月日	昭 平 令 □ 年 ○ 月 △ 日								
	住所	〒 〇〇〇 - △△□□ ×××						都・道 府・県	△△△市〇〇〇町×丁△番〇号								
	電話番号 (日中の連絡先)	□□□ - ××〇〇 - △△△△						□□□マンション〇〇〇号室									
	振込希望の金融機関 (被保険者本人名義の口座)																
	健康 銀行 銀行 コード 1 2 3 4 保険 支店 店番 7 8 9																
	預金 種別	普通	当座・貯蓄	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ				
	出産 年月日	令和	×	年	○	月	△	日	出生 児数	単胎			多胎 (児)	生産・ 死産の別	生産		死産 (妊娠 週)
	出産した方の 氏名・生年月日	健保 花子						昭和 平成	○	年	△	月	□	日			
分娩日から遡って6ヶ月以内の健康保険加入状況 (出産した方が本申請に使用する記号・番号以外)の資格を持っていた期間がある場合に記入)																	
健康保険名称					健康保険の記号・番号					資格の種類							
					記号					番号							
										本人・家族							

※直接支払制度をご利用の場合には、下記証明欄に証明を受ける必要はありません。但し、死産の場合は医師・助産師の証明が必要です。

証 明 欄	医師・助産師による証明
	<p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">直接支払制度を利用していない場合、もしくは死産の場合には この欄に、医師・助産師又は市区町村長の証明を受けてください。</p>
	市区町村長名

代 理 人 に 給 付 金 の 受 領 を 委 任 す る と き	上記の給付金の受領について、以下の代理人に依頼します。	令和	年	月	日
	申請者 住所	氏名			
	代理人 住所	氏名			
※代理人に受領の委任をする場合、「振込希望の金融機関」欄には代理人名義の口座を記入してください。					

備考欄	
-----	--

受 付 印

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