



# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

## 被保険者(申請者)記入欄

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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)

## 医師・助産師記入欄

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			週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。			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	

## 事業主記入欄

労務に服さなかった期間を含む賃金台帳(写)・勤怠表(写)を添付してください。

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、賃金を支給しました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい ※次の欄に詳しくご記入ください	<input type="checkbox"/> いいえ (理由: )
	<input type="checkbox"/> 全額支給	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日間分	
	<input type="checkbox"/> 一部支給	円支給 令和 年 月 日支給	
	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