

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3 ページ

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申請内容

① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。	☐ 1. 出産前 ☐ 2. 出産後
③-1 出産予定日	令和 年 月 日
③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)	令和 年 月 日
④-1 出生児数	人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。
④-2 死産児数	人
⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	☐ 1. はい ➡ ⑤-2へ ☐ 2. いいえ
⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ➡ 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。

医師・助産師による証明

出産者氏名 (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。																										
出産予定日	令和 年 月 日																									
出産年月日	令和 年 月 日																									
出生児数	人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。																									
死産児数	人																									
死産の場合の妊娠日数	日																									
上記のとおり相違ないことを証明します。																										
医療施設の所在地	令和 年 月 日																									
医療施設の名称																										
医師・助産師の氏名																										
電話番号																										

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。➡➡➡

6 1 1 2 1 1 0 1