

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者（申請者）・医師・助産師記入用

申請内容	1 出産予定日と出産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
	2 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで
	3 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
	4 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 円 令和 年 月 日まで
5 出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)	

※申請内容にご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。

医師・助産師記入欄	出産者氏名		※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。	
	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 ()		

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

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？		☐ はい →（以下に内訳を記入してください） ☐ いいえ				
	報酬の名称		支給対象期間			支給額	
			月 日 ~ 月 日				
			月 日 ~ 月 日				
			月 日 ~ 月 日				
			月 日 ~ 月 日				
交通費（前払い含む）		有・無	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		円	精算済みの場合は 払戻日 月 日 払戻額 円	
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 ()							

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。