

健康保険 出産手当金支給申請書

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---------------|-------|---|--|
| 被 保 険 者 の 記 入 欄 | 被保険者証の 記号・番号 | | 被保険者の 氏名と印 | | 印 | |
| | 被保険者の 現住所 | 〒 | | | | |
| | 出産予定年月日 | 年 月 日 | 出産年月日 | 年 月 日 | | |
| | 出産のため 休んだ期間 (申請期間) | 年 月 日から | 年 月 日まで | 日間 | | |
| | 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。また今後受けられますか。 | はい ・ いいえ | | | | |
| | 上記が「はい」の場合、 その報酬の額と期間 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 円 | | |
| | 備考 | ※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) | | | | |

| | | | | |
|--|--------------------|---------------|---------------|---|
| 医 師 ・ 助 産 師 の 記 入 欄 | 出産者氏名 | | 正常・異常 分娩の別 | 正常分娩 ・ 異常分娩 |
| | 出産予定年月日 | 年 月 日 | 出産年月日 | 年 月 日 |
| | 出生児の数 | 単胎 ・ 多胎 (児) | 生産・死産の別 | 生産 ・ 死産 ・ 生産死産混在 <small>※死産の場合は妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)</small> |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | |
| | 年 月 日 | | 医療機関等所在地 | |
| | | 医療機関等名称 | | |
| | | 医師・助産師氏名 | | 印 |

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------|---------|---------|----|
| 事 業 主 の 証 明 欄 | 労務に服さなかつた 期間 | | 年 月 日から | 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か。また今後支給しますか。 | はい ・ いいえ | | | |
| | 上記が「はい」の場合、 その報酬の額と期間 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 円 | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | |
| 年 月 日 | | 事業所所在地 | | | |
| | | 事業所名称 | | | |
| | | 事業主氏名 | | | 印 |

【添付書類】

- ① 出勤簿 (写)
- ② 賃金台帳 (写)