

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 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 checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	

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 <input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	生産または死産の別 <input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 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。>>>

