

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。

☐

1. 出産前の申請

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。

☐

1. はい

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

☒ 単胎 ☐ 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 ☒ 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。>>>

