

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

記入方法については、「記入の手引き」をご確認ください。

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 ➡ 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。
 2. いいえ出産者氏名
(カタカナ) (16文字用)

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)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

6 1 1 2 1 1 0 3

④

全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)