



# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

ページ

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前 <input type="checkbox"/> 2. 出産後
	③-1 出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	④-1 出生児数	<input type="text"/> 人 <span style="float: right;">出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。</span>
④-2 死産児数	<input type="text"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ⑤-2へ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。	

医師・助産師による証明	出産者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。	
	出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出生児数	<input type="text"/> 人 <span style="float: right;">出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。</span>
	死産児数	<input type="text"/> 人
	死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
医療施設の名称		
医師・助産師の氏名		
電話番号		

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶

6 1 1 2 1 1 0 3

