

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者記入用

被保険者情報

被保険者証
記号・番号

(記号)

(番号)

(事業所名)

氏名

(フリガナ)

(生年月日)

☐ 昭和 ☐ 平成

年

月

日

住所

(〒 -)

都 道

府 県

電話番号
(日中の連絡先)

TEL

()

委任状

被保険者

本申請に基づく給付金に関する受領を

に委任します。

年

月

日

(氏名)

(住所) 「被保険者情報」の住所と同じ

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページ「事業主記入用」は3ページに続きます。》》》

健保使用欄

支給額

円

常務理事

事務長

係

(支給期間)

第

回

(支給開始日)

年

月

日

年

月

日

から

(満了日)

年

月

日

年

月

日

まで

日間

(前回の支給期間)

自

年

月

日

至

年

月

日

(入院期間)

自

年

月

日

至

年

月

日

(資格取得日)

年

月

日

(資格喪失日)

年

月

日

(支給決定日)

年

月

日

備考

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

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。

2

1. 出産前の申請

2. 出産後の申請

2 出産日と出産予定日をご記入ください。

出産予定日 年 月 日

出 産 日 年 月 日

3 出産のため休んだ期間(申請期間)

年 月 日 から 日間
年 月 日 まで

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。

年 月 日 から 円
年 月 日 まで

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 年 月 日 出産年月日 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。 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。>>>

(0404-23)

3

3/3