

健康保険 出産手当金 支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の記号・番号	氏名・印			
	—	フリガナ (氏)	フリガナ (名)	(印)	
	住所		生年月日		
	〒 —		昭・平 年 月 日		
事 業 所	名称	所在地			
		〒 —			
	所属	(連絡先) ※日中連絡が取れる内線番号など			

申 請 内 容	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から	日間
		令和 年 月 日 まで	

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から	日間
			令和 年 月 日 まで	
	上記の期間、報酬を支給しましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → 支給した場合 <input type="checkbox"/> 2. いいえ	令和 年 月 日 から	円
			令和 年 月 日 まで	
上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				(印)

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 (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 名称 電話番号 医師・助産師名				(印)	

受 取 代 理 人 欄	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。			
	申請者	住所	令和 年 月 日	
		氏名		(印)
	代理人	住所		
	氏名		(印)	

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)	
備考欄	

受付印