

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 出産予定日と出産日をご記入ください。	出産予定日 平・ <u>令</u> 〇〇年 〇〇月 〇〇日 出 産 日 平・ <u>令</u> 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	2 出産のため休んだ期間(申請期間)	<u>平</u> ・ <u>令</u> 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日 平・ <u>令</u> 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで 98 日間
	3 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。	2 1. はい 2. いいえ
	4 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。	平・令 年 月 日から 円 平・令 年 月 日まで
	5 出生児の数	<u>単胎</u> (多胎 (児))

医師・助産師記入欄	出産者氏名										
	出産予定年月日	平・令	年	月	日	出産年月日	平・令	年	月	日	
	出生児の数	<u>単胎</u>	(多胎 (児))	生産または死産の別	<u>生産</u>	(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	※医師又は助産師の記入欄									
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。>>>

事業主記入用

事業主が証明するところ

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

※事業主(人事部)記入欄

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名 電話 ()

記入例

【被保険者の方へ】

- ①** お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

- ② 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。
- ③ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- ④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- ⑤ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。
- ⑥ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。