

出産手当金支給申請書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の記号番号											被保険者の氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者の現住所	〒															
	事業所の名称・所属												標準報酬 月 額	千円			
	被保険者の個人番号（マイナンバー） （記号番号を記入した場合は 記入不要 です。）																
	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	この申請は出産前のものですか、 出産後のものですか							出産前 ・ 出産後				
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定 年月日	令和	年	月	日	出生児の数	単胎 ・ 多胎					
	出産のため休んだ期間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間													
	報酬を受けた又は受けられるときは、その報酬額および期間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間の分として 円													
	入院して出産しましたか、入院しないで出産しましたか										入院出産 ・ 入院外出産						
	入院して 出産した ときは	病院又は産院名															
所在地																	
入院した期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間															
入院の費用		自 費 ・ 健 保				被扶養者の有無				有 ・ 無							
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間			自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間													
	上記期間中に報酬の全部又は一部を支給した場合、または支給する場合はその期間と支給額					有給・出勤・早退・月給者 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間 円											
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主 氏 名 電 話																
受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 〒 被保険者																
	代理人の氏名と印		(フリガナ)					委任者と代理人との関係									

振込口座 _____ 銀行 _____ 支店 普通 No. _____

受理日付印

医師 又は 助産師 が 意見 を 書 く と こ ろ	出産者氏名			
	出産年月日	年 月 日	出産予定年月日	年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎		
	出産後のときは正常出産または異常出産の別	正常・異常	出産後のときは生産または死産の別	生産・死産(ヵ月)
	入院して出産したとはその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	入院費用の別	自費・健保・公費・その他		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 職名() 氏名 電話			