

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

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。	☒ 1. 出産前の申請	☐ 2. 出産後の申請
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日 ☐ 平成・ ☒ 令和 5年 4月 21日	出 産 日 ☐ 平成・ ☒ 令和 5年 4月 22日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	☐ 平成・ ☒ 令和 5年 3月 11日から	☐ 平成・ ☒ 令和 5年 6月 17日まで 99日間
	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。	☐ 平成・ ☐ 令和 年 月 日から	☐ 平成・ ☐ 令和 年 月 日まで 円
	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	☐ 平・ ☐ 令 年 月 日	出産年月日	☐ 平・ ☐ 令 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。 令和 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。>>>