

健康保険 出産手当金支給申請書（第 回）

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号				所 属 事 業 所	
被保険者（申請者）の氏名（自署）			被保険者の 生 年 月 日		☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成
被保険者（申請者）の住所		〒 —			
標 準 報 酬 月 額		千 円	資格取得年月日	☐ 平成 ・ ☐ 令和 年 月 日	
			資格喪失年月日	令和 年 月 日	
出産予定年月日		令和 年 月 日		出産年月日	令和 年 月 日
労務に服することができなかった期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで（ 日間）			
産院又は病院若しくは診療所に収容されたときは、その所在地、名称、年月日及び期間		所在地			労務に服しなかった期間において報酬の全部又は一部の支払を受けたとき、又は受けられるときはその報酬の額とその報酬支払の基礎となった（なる）期間
		名 称			
		期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで日間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として.....円
が 医 証 師 明 、 す 助 る 産 欄 師	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別		生 産 ・ 死 産 (妊娠第 週 日)
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 （ 児）			
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				

→ 又は、出生届・出生証明書の写のいずれかを添付してください。

※退職後に請求の場合のみご記入ください。（任意継続被保険者は記入不要です。）

被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄					
金融機関名	銀行・農協 金庫・信組	本店・支店 出張所		口座種別	1. 普通 2. 当座
口 座 番 号		口座名義	フリガナ		

令和 年 月 日提出

.....
受付日付印

事 業 所 担 当 者		

健康保険 出産手当金支給申請書

被保険者
(請求者)氏名

事業主が証明する欄	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																															
	出勤は○、有給は△、有給の病気欠勤は＝、欠勤は－、公休は公でそれぞれ表示してください。																												出勤		有給			
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																												計		日 日	
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																												計		日 日	
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																												計		日 日	
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																												計		日 日	
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																												計		日 日	
	上の期間中分として 報酬を全額又は一部		(自) 令和 年 月 日												(至) 令和 年 月 日												日間				円支給			
	支給した場合又は 支給する場合		(自) 令和 年 月 日												(至) 令和 年 月 日												日間				支給せず			
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主所在地 名称・氏名																																		