

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。	<input checked="" type="checkbox"/> 2	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	令和	2	年	7	月	10	日		
		出産日	令和	2	年	7	月	12	日		
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和	2	年	5	月	30	日	から	100	日間
		令和	2	年	9	月	6	日	まで		
	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。	<input checked="" type="checkbox"/> 2	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。	令和		年		月		日	から		円	
	令和		年		月		日	まで			
6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	(児)						

振込先指定銀行口座の写しを貼ってください

ここに銀行名・支店名・預金種別・口座番号・名義がわかるものを貼付してください。

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
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (産) (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。	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 ()	

医師に証明を受けて下さい

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

事業主証明欄

- ・お勤めの事業所に証明を受けて下さい。
- ・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下さい。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

電話 ()