

健康保険出産手当金支給申請書

|                                                          |                         |                                                                                                                              |                             |                  |                                |  |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 被保険者の                 |                                                                                                                              | ② 被保険者(請求者)の氏名              |                  | ③ 生年月日                         |  |
|                                                          | 記号                      | 番号                                                                                                                           | (自署)                        |                  | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和           |  |
|                                                          |                         |                                                                                                                              |                             |                  |                                |  |
|                                                          | ④ 被 保 険 者<br>(請求者)の住所   |                                                                                                                              | 〒 —<br><br>TEL — —          |                  |                                |  |
|                                                          | ⑤ 事業所の名称                |                                                                                                                              |                             |                  |                                |  |
|                                                          | ⑥ 分べんの日                 |                                                                                                                              | 令和 年 月 日                    | ⑦ 分娩予定日          | 令和 年 月 日                       |  |
|                                                          | ⑧ 分べんのため休んだ期間<br>(請求期間) |                                                                                                                              | 令和 年 月 日から 日間<br>令和 年 月 日まで |                  |                                |  |
| ⑨ 上記⑧の期間に報酬は<br>受けられましたか                                 |                         | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けられる<br><input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられない |                             | 報酬を受けた期<br>間及び報酬 | 令和 年 月 日～令和 年 月 日<br>までの分として 円 |  |

|                                                                               |                              |            |                                                                                                                   |         |   |       |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|-------|
| 事<br>業<br>主<br>が<br>証<br>明<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                           | ⑩ 労務に服さなかった期間                |            | 令和 年 月 日から 日間<br>令和 年 月 日まで                                                                                       |         |   |       |
|                                                                               | ⑪ 上の期間中の分として報酬を支<br>給した(する)か |            | <input type="checkbox"/> 全部支給した(する) <input type="checkbox"/> 一部支給した(する)<br><input type="checkbox"/> 現在までも将来も支給しない |         |   |       |
|                                                                               | ⑫ 支給した(する)場合                 |            | 令和 年 月 日から                                                                                                        | 日間の分として | 円 | 月 日支払 |
|                                                                               |                              |            | 令和 年 月 日まで                                                                                                        |         |   |       |
|                                                                               |                              |            | 令和 年 月 日から                                                                                                        | 日間の分として | 円 | 月 日支払 |
|                                                                               |                              | 令和 年 月 日まで |                                                                                                                   |         |   |       |
| うえのとおり相違ないことを証明します。<br><br>令和 年 月 日<br><br>住所 〒 —<br>事業主<br>氏名<br><br>TEL ( ) |                              |            |                                                                                                                   |         |   |       |

令和 年 月 日提出

受付日付印

|                                                                                   |                                                                                      |  |                          |             |               |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------|---------------|------------------------|
| 医<br>師<br>ま<br>た<br>は<br>助<br>産<br>師<br>が<br>意<br>見<br>を<br>書<br>く<br>と<br>こ<br>ろ | ⑬ 分べん年月日                                                                             |  | 令和 年 月 日                 | ⑭ 分娩予定年月日   |               | 令和 年 月 日               |
|                                                                                   | ⑮ 正常分べんまたは異常分べんの別                                                                    |  | 正常 ・ 異常                  | ⑯ 生産または死産の別 |               | 生産 ・ 死産(妊娠 週)          |
|                                                                                   | ⑰ 入院して分べんしたときは<br>その期間                                                               |  | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 日間          | ⑱ 入 院<br>費用の別 | 健 保 ・ 公 費<br>自 費 ・ その他 |
|                                                                                   | ⑲ 出生児の数                                                                              |  | 単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )          |             |               |                        |
|                                                                                   | うえのとおり相違ありません。<br><br>令和 年 月 日<br><br>住所(所在地) 〒 —<br>医 師 医療機関名<br>氏 名<br><br>TEL ( ) |  |                          |             |               |                        |

\*1 ⑧の欄(請求期間)と⑩は一致するようにご記入ください。

\*2 送付前に記載漏れがないか確認し下記の☐をお願いします。

- 《被保険者が記入するところ》
- ☐ ①～⑨ 全て記入されている
  - ☐ 訂正した場合、**請求者**の訂正印を押している

- 《事業主が証明するところ》
- ☐ ⑩～⑪ 記入されている
  - ☐ ⑪で支給ありの場合、⑫記入されている
  - ☐ 訂正した場合、**事業主**の訂正印を押している
  - ☐ 請求期間分の賃金台帳(給与支払日以降に作成されたもの)が添付されている  
勤務実績表が添付されている

\*3 支給金額に関わる箇所の不備があった場合は一度請求書をお返しします。