

【記入例】

健康保険 出産手当金支給申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者等の 記号・番号	100	1234567	被保険者の 氏名と印	大暖 愛子	
	被保険者の 現住所	〒***-*** 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町 **ー**				
	出産予定年月日	**** 年 ** 月 ** 日	出産年月日	**** 年 ** 月 ** 日		
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	**** 年 ** 月 ** 日から **** 年 ** 月 ** 日まで *** 日間				
	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。また今後受けられますか。	はい ・ <u>いいえ</u>				
	上記が「はい」の場合、 その報酬の額と期間	年 月 日から 年 月 日まで 円				
備考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					

↓下欄は医師または助産師に記入してもらってください。

医 師 ・ 助 産 師 の 記 入 欄	出産者氏名	大暖 愛子	正常・異常 分娩の別	<u>正常分娩</u> ・ 異常分娩
	出産予定年月日	**** 年 ** 月 ** 日	出産年月日	**** 年 ** 月 ** 日
	出生児の数	<u>単胎</u> ・ 多胎 (児)	生産・死産の別	<u>生産</u> ・ 死産 ・ 生産死産混在 <small>※死産の場合は妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)</small>
	上記のとおり相違ないことを証明する。 **** 年 ** 月 ** 日 医療機関等所在地 医療機関等名称 医師・助産師氏名			
	医師・助産師の証明が必要			

↓下欄は事業主に記入してもらってください。

事 業 主 の 証 明 欄	労務に服さなかった 期	**** 年 ** 月 ** 日から **** 年 ** 月 ** 日まで *** 日間
	上記の期間に対して賃金を支給しましたか。また今後支給しますか。	はい ・ <u>いいえ</u>
	上記が「はい」の場合、 その報酬の額と期間	年 月 日から 年 月 日まで 円
	上記のとおり相違ないことを証明する。 **** 年 ** 月 ** 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	
事業主の証明が必要		

【添付書類】

- ① 出勤簿 (写)
- ② 賃金台帳 (写)