



# 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者氏名

申請内容	1 出産予定日	出産予定日	令和	年	月	日						
	2 出産日	出 産 日	令和	年	月	日						
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	④-1 出生児の数	<input type="text"/>	人									
4	④-2 死産児数	<input type="text"/>	人									

## 申請時の注意

1. 出産手当金は、女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだため、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、出産の日(出産の日が出産の予定日より遅れた場合においては、出産の予定日以前42日(多胎妊娠の場合においては98日)目から出産の日56日目までの間)において労務に服さなかった期間が対象となります。
2. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。(翻訳費用は自己負担です。)
3. 出産手当金の消滅時効の起算日は、出産のため労務に服さなかった日ごとにその翌日となります。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

※証明欄の訂正は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		労務に服さなかった期間		年	月	日	から	日	まで	日間																							
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																																	
	令和	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
	令和	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
	令和	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
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																		
支給した賃金内訳	区分		基本賃金	諸手当				欠勤 控除額	総支給額																									
	期間			手当	手当	手当	手当																											
	1か月当りの金額		円	円	円	円	円	円																										
	月分 / ~ /							△ 円																										
	月分 / ~ /							△																										
月分 / ~ /							△																											
月分 / ~ /							△																											
給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	欠勤控除計算方法等についてご記入ください。																														
		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給																															
		<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他																															
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日																																		
事業所所在地																																		
事業所名称																																		
事業主氏名 電話 ( )																																		

※健保記入欄	108条関係	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円
		(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円
		(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円

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	単胎 多胎 ( 児)	出産年月日	令和 年 月 日
	出産の別	正常 異常 (傷病名 )	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 ( )				