

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前 <input type="checkbox"/> 2. 出産後
	③-1 出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	④-1 出生児数	<input type="text"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。
	④-2 死産児数	<input type="text"/> 人
⑤	⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい ➡ ⑤-2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ➡ 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。

医師・助産師による証明	出産者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	
	出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出生児数	<input type="text"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。
	死産児数	<input type="text"/> 人
	死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 日
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
医療施設の所在地		
医療施設の名称		
医師・助産師の氏名		
電話番号		

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。➡➡➡

6 1 1 2 1 1 0 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

記入方法については、「記入の手引き」
をご確認ください。

申請内容	① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前 <input type="checkbox"/> 2. 出産後
	③-1 出産予定日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	④-1 出生児数	<input type="text"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。
	④-2 死産児数	<input type="text"/> 人
	⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい ➡ ⑤-2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい ➡ 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。 <input type="checkbox"/> 2. いいえ	

医師・助産師による証明	出産者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>																				
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。																					
	出産予定日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日																				
	出産年月日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日																				
	出生児数	<input type="text"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。																				
	死産児数	<input type="text"/> 人																				
	死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日																				
上記のとおり相違ないことを証明します。																						
医療施設の所在地	<input type="text"/>																					
医療施設の名称	<input type="text"/>																					
医師・助産師の氏名	<input type="text"/>																					
電話番号	<input type="text"/>																					

6 1 1 2 1 1 0 3

⑤

委任状

(代理人)

社会保険労務士事務所所在地 名古屋市昭和区塩付通3丁目1番地の5
サンマンション御器所802号

社会保険労務士事務所名称 ごきそ社会保険労務士事務所

社会保険労務士氏名 奈尾 昌幸

電話番号 090-2142-4166 (052-838-6947)

私は上記の者を代理人に選定し、次の事項に関する手続の権限を委任します。

この委任状をもって、電子申請により以下の届書等を全国健康保険協会へ提出すること。

(届書名)
出産手当金支給申請書

令和 年 月 日

(委任者)

被保険者住所

被保険者氏名 _____

委 任 状

(代理人)

社会保険労務士事務所所在地 _____

社会保険労務士事務所名称 _____

社会保険労務士氏名 _____

電話番号 _____

私は上記の者を代理人に選定し、次の事項に関する手続の権限を委任します。

この委任状をもって、電子申請により以下の届書等を全国健康保険協会へ提出すること。

(届書名)
出産手当金支給申請書

令和 年 月 日

(委任者)

被保険者住所

被保険者氏名 _____