

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
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 7 年 3 月 23 日	
		出産日	令和 7 年 4 月 2 日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 7 年 2 月 10 日 から	令和 7 年 5 月 28 日 まで	108 日間
	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	令和 年 月 日 まで	円
6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎 (1 児)		

医師・助産師記入欄	出産者氏名	健保 秋子		
	出産予定年月日	令和 7 年 3 月 23 日	出産年月日	令和 7 年 4 月 2 日
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (1 児)	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 7 年 4 月 28 日		
	医療施設の所在地	広島県広島市安芸区〇丁目〇〇番〇号		
	医療施設の名称	××産婦人科医院		
医師・助産師の氏名	△△ □□	TEL	082 (XXX)XXXX	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

