

健康保険出産手当金支給申請書（第 回目）

被保険者 記入

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者等 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)	
	③ 被保険者 (申請者) の住所	〒			電話 ()
	④ 事業所の名称	⑤ 今回の申請		<input type="checkbox"/> 出産前 <input type="checkbox"/> 出産後	
	⑥ 出産予定日	令和 年 月 日	⑦ 出産日	令和 年 月 日	
	⑧ 出産のため仕事を 休んだ期間 又は申請期間	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで			
	⑨ 上記の出産のため仕事を休んだ期間 又は申請期間の報酬は	<input type="checkbox"/> 全額受けられる <input type="checkbox"/> 一部受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない			

※給付金の受領を委任される場合は【傷手2-2】の受取代理人欄の署名を忘れずにご記入ください。

※【出産 1-2】【出産 2-2】は必ずセットで事業所へご提出ください。

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見 記 入 欄	患者氏名				医師等 記入
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話 ()				

