



※支給決議書	伺年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	部長		
	支給年月日	令和	年	月	日					
	支給額									
	支給内訳	日数					課長	課長補佐	係長	係
		日額								
	支給期間	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日
	入院期間	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日
	出産日	平・令	年	月	日	( 年 月 )				
	標準報酬月額					千円 (日額 円)				
	資得					年 月 日 前 始				
格喪					年 月 日 回 終					

※給付金の受領方は原則として事業所振込となっておりますので、委任状欄には被保険者（請求者）、代理人（事業主）がそれぞれ記入してください。

### 健康保険 出産手当金支給申請書

① (第 回)

被保険者（申請者）が記入するところ	② 被保険者証 (右つめで記入)	記号	番号	③ 被保険者氏名	(フリガナ)	
	④ 被保険者住所	TEL ( )				
	⑤ 事業所名					
	⑥ 資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑦ 被保険者の標準報酬月額 千円
	⑧ 産前産後期間を分けて申請される場合は該当のものを○でかこんでください。	・ 出産前期間	① 出産予定日	平成・令和 年 月 日		
		・ 出産後期間	② 出産日	平成・令和 年 月 日		
			③ 単胎または多胎の別	単胎 ・ 多胎 ( 児)		
	⑩ 出産のために休んだ期間	平成・令和 年 月 日から	日間			
		平成・令和 年 月 日まで				
	⑪ 上記期間に報酬(賃金)の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬の額及びその期間	平成・令和 年 月 日から	日間			
平成・令和 年 月 日まで						
受けた報酬の額		円				
受けることができる報酬の額		円				

出産手当金は、女子被保険者が出産のため勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるものです。出産日(出産日が出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日目(多胎妊娠の場合においては98日)から出産日後56日目までの期間を限度として支給されます。なお、出産日当日は出産以前の期間に含まれます。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

事業主が証明するところ	⑫ 労務に服さなかった期間		平成・令和 年 月 日から		平成・令和 年 月 日まで		日間	事業主様への注意事項 ・被保険者の資格喪失後にかかる請求のときは、当健康保険組合までお問合せください。 ・⑮の②欄は、現在までも、将来も支給しないときは、「支給しない」に○してください。		
	⑬ 報酬の締切日 支払日	日締切	(当月・翌月)	⑭ 報酬の支払い形態	ア. 月給制 ウ. 日給制 オ. その他	イ. 日給月給制 エ. 時間給制 ( )	賞与等 年 回			
	⑮ 上記の期間中報酬の係と	⑰ 全額支給した、または支給する場合		平成・令和 年 月 日から	の分として		日額 円		円 ( 月 日支払)	
		⑱ 一部支給した、または支給する場合		平成・令和 年 月 日から	の分として		日額 円		円 ( 月 日支払)	
		⑲ 交通費の支払	有・無	※「有」の場合ご記入ください。		平成・令和 年 月 日から	の分として		日額 円	
					平成・令和 年 月 日まで				円 ( 月 日支払)	
⑳ 現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨			・支給しない ・その他 ( )							
⑯ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日										
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ( )										

医師または助産師が意見を書くところ	⑰ 患者氏名								医師・助産師への注意事項 ・⑲ 出産予定日も必ず記載してください。 ・⑳ 欄の「死産」をマルで囲んだ場合は、妊娠何ヶ月であるかを当該欄に記載してください。		
	⑱ 出産年月日		平成・令和 年 月 日	⑲ 出産予定日		平成・令和 年 月 日					
	⑳ 出産後のときは正常又は異常出産の別	正常・異常		㉑ 出産後のときは、生産又は死産の別		生産・死産(妊娠 ヶ月 週 日)					
				㉒ 単胎または多胎の別		単胎・多胎					
	㉓ 入院して出産したときは、その期間	平成・令和 年 月 日から		日間		㉔ 入院費用の別	健保・自費				
		平成・令和 年 月 日まで					公費・その他				
上記のとおり相違ありません ㉕ 所在地 令和 年 月 日 医療機関名 医師氏名											

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 (請求者)	住所 氏名
代理人 (事業所)		住所 氏名

【注意事項】

・⑩、⑫の期間の計算は両端を入れて、間違いなく計算してください。  
 たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。