

健康保険 出産手当金 支給申請書

出産手当付加金

1

2

3

被保険者(申請者)・医師/助産師記入用

申請内容(被保険者記入欄)	1 出産予定日と出産日をご記入ください。	出産予定日	H・R	年	月	日

		出 産 日	H・R	年	月	日
	2 出産のため休んだ期間(申請期間)	H・R	年	月	日	から
		H・R	年	月	日	まで
3 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 type="checkbox"/>	1. はい	2. いいえ			
4 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。	H・R	年	月	日	から	
	H・R	年	月	日	まで	円
5 出生児の数	<input type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	(児)			

医師・助産師記入欄	出産者氏名									
	出産予定年月日	H・R	年	月	日	出産年月日	H・R	年	月	日
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	(児)			生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産	<input type="radio"/> 死産	(妊娠 週)
	令和 年 月 日									
上記のとおり相違ないことを証明する。										
医療施設の所在地										
医療施設の名称										
医師・助産師の氏名										
TEL ()										

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書
出産手当付加金

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

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(含む休日) H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日まで (日間)

勤務状況 【出勤は○】、【有給は△】、【休日は□】、【欠勤は×】でそれぞれ表示してください。

H・R	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
H・R	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
H・R	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
H・R	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
H・R	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

出勤	有給	欠勤	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。						
日	日	日	支給した(する)賃金内訳		月	月	月	月	月
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?				有給					
<input type="checkbox"/> はい				休給					
<input type="checkbox"/> いいえ				家族手当					
報酬の形態				通勤手当					
<input type="checkbox"/> 月給				役職手当					
<input type="checkbox"/> 日給月給				手当					
<input type="checkbox"/> その他 ()				手当					
				合計					

記入担当者氏名

上記記載事項に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 ()

※勤務状況・賃金支給状況の記入担当者氏名を必ずご記入ください。
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

《申請条件》

- (1) 妊娠85日以上の出産である
- (2) 出産のために労務に服さず、且つその期間に対して、事業主から報酬(賃金・給料等)を受けなかった場合

《注意事項》

- (1) 給付金の申請期間は、出産した日を起算日に産前42日、産後56日の98日以内の期間(出産した日は産前期間に含まれます)
- (2) 公休日は、給付金の支給対象期間に含まれます
- (3) 多胎の場合は、産前の期間は98日となります
- (4) 出産した日が予定より遅れた場合は、予定日以前42日間と予定日の翌日から出産した日までの日数が産前期間となります(産後は56日までの支給となります)
- (5) 請求権の時効は、休んだ日の翌日から起算して2年です