

(共通する注意)

- 訂正したところは、各記載者の氏名のわきに押印した印と同じ印（①から⑩までの訂正箇所には④の印、⑪から⑱までの訂正箇所には⑲の印、⑳から㉔までの訂正箇所には㉗の印）を訂正印として押してください。
- 印をハッキリと押し、印洩れのないようにしてください。
- ⑩、⑪の⑯、⑰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。例えば、6月13日から6月19日まで、7日間となります。

被保険者の注意事項

健康保険

出産手当金支給申請書

① (第 回目)

6. 5. 4. ②および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑧は勤務先から交付される「賃金支払内訳票」などを見れば分かります。  
 ⑨の⑯は、該当する方を○で囲んでください。  
 ⑩の⑳は、該当する文字を○で囲んでください。なお、請求書を提出するときは現在にいたるまでの報酬については「受けた」「受けたい」に、将来の報酬については「今後受ける」「今後受けたい」に、それぞれ○で囲んでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	②被保険者証の記号と番号	-		③被保険者の(申請者)氏名と押印	④ 印									
	⑤被保険者の現住所と電話番号	電話 ( )												
	⑥事業所の名称													
	⑦被保険者の資格を取得した年月日	昭和	年	月	日	⑧被保険者の標準報酬月額	千円							
	⑨この申請は出産前のもので、出産後のもので、(○で囲む)	出産前	平成	年	月	日	⑩出産予定日	平成 年 月 日						
		出産後	平成	年	月	日	㉑出産日	平成 年 月 日						
	⑩出産のために休んだ期間(請求期間)	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	日間		
	⑪	⑭うへの⑩に書いた期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか		受けた・受けない・今後受ける・今後受けない										
	⑮報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	の分として	円

10. 9. 8. 7. 出産手当金は、女性の被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだことにより賃金を受けられない場合に支給されるもので、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(多胎妊娠の場合は98日間)から、出産日の後56日目までの期間を限度として支給されます。給付金の受領方を他人に委任する場合は、それぞれの該当欄に記入押印してください。委任をする場合、⑬の印は④の印と同じ印を押してください。個人番号で請求する場合は、備考欄に個人番号を記入してください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。											
	平成 年 月 日											
	⑫被保険者(申請者)	住所										⑬ 印
	⑭代理人	住所										⑮ 印

平成 年 月 日 提出

《備考欄》

受付日付印

事業主が記入するところ	⑩ 労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間
	⑪ うえの期間中の分として支払う報酬関係	㉞ 全額支給した場合または支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	金 円 ( 月 日 支払)	〔日額 金 円〕
		㉟ 一部支給した場合または支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	金 円 ( 月 日 支払)	〔日額 金 円〕
		㊱ 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨			
<p>うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日</p> <p>⑬ 住所 ⑭</p> <p>事業主 氏名 ⑮</p> <p>電話 ( )</p>					

〔事業主の注意事項〕

14.13.12. 11.

⑩の「全額支給」または「一部支給」とは一日当りの賃金の全額または一部の意味です。

⑪の㉞と㉟にわたるときは、両欄のそれぞれに事柄を記載してください。

⑪の㊱の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記載してください。

被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。

医師又は助産師が意見を書くところ	⑯ 患者氏名				
	⑰ 出産年月日	平成 年 月 日	⑱ 出産予定日	平成 年 月 日	
	⑲ 出産後のときは正常又は異常分娩の別	正常 ・ 異常	⑳ 出産後のときは生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)	
			㉑ 単胎または多胎の別	単胎・多胎 ( 児)	
<p>うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日</p> <p>住所(所在地)</p> <p>⑳ 医師又は助産師 医療機関名 ㉒</p> <p>氏名 ㉓</p> <p>電話 ( )</p>					

〔医師又は助産師の注意事項〕

15.

⑱⑲㉑の欄は、該当する方を○で囲んでください。また、死産の場合は妊娠後何週間か、多胎出産の場合は胎児数をそれぞれ該当箇所に記入してください。

事業所 担当者印

社会保険労務士の提出代行者印		⑳
----------------	--	---