

注意

・申請及び証明日は、必ず、労務に服しなかった期間以降に、日付を記入して申請してください。

(注)

・出産日は産前で計算します。但し、出産日が遅れた場合は、出産予定日から出産日迄の期間も産前として支給します。

【記入例】 健康保険 出産手当金支給申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号・番号	1212 - 123123	事業所名	(株)〇〇 △△工場
	出産予定日	令和 〇〇 年 4 月 11 日	出産日	令和 〇〇 年 4 月 13 日
	出産のため休んだ期間(申請期間)		令和 〇〇 年 3 月 1 日から 令和 〇〇 年 6 月 8 日まで	100 日間
	上記の期間中において報酬を受けたとき又は受けられるときは、その期間及び報酬額		令和 〇〇 年 3 月 1 日から 令和 〇〇 年 3 月 31 日まで	300,000円
	出生児の数	単胎() ・ 多胎() 児)		
上記により請求し、この給付金の受領を、私の所属する保険給付受領代理人に委任します。				
令和 〇〇 年 6 月 20 日				
注意				
被保険者住所 東京都〇〇区〇〇 △-△-△				
氏名 健保 幸子				
明治グループ健康保険組合理事長 殿				

医師・助産師の証明欄

医 師 助 産 師 の 証 明 欄	出産者氏名		左記のとおり相違ないことを証明します。		
	出産予定日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	出産日	令和 年 月 日	所在地		
	出生児の数	単胎・多胎() 児)	医療機関名		
	生産死産の別	生産・死産(妊娠 週)	氏名		

事 業 主 の 証 明 欄	出産のため労務に服しなかった期間	令和 〇〇 年 3 月 1 日から 令和 〇〇 年 6 月 8 日まで	100日間		
	上記の期間中において報酬の全部又は一部を支給するときは、その期間と報酬額	令和 〇〇 年 3 月 1 日から 令和 〇〇 年 3 月 31 日まで	31日間	支払報酬額	300,000 円
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
令和 〇〇 年 6 月 25 日					
注意					
事業所所在地 東京都〇〇区〇〇 △-△-△					
事業所名称 (株)〇〇					
事業主(代理人)名 〇〇 〇〇					
*上記について、報酬額計算表より転記して下さい。					
(公印)					

【添付書類】

事業主は、「報酬額計算表」及び「出勤簿(写)(申請期間)」を添付してください。

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。

但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

/ 健保受付印 \

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者