

(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。

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	被保険者証の 記号・番号	—	事業所名			
	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日		
	出産のため休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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 年 月 日 〒 被 保 険 者 住 所 氏 名 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					
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 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	支払 報酬額	円
	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(代理人)名				
	* 上記について、報酬額計算表より転記して下さい。				

【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。

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】
被保険者証の記号・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。

／ 健保受付印 \

備考欄

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者