

(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 記 入 欄			
記号・番号	—	事業所名	
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日

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。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 氏 名 ⑩	
出産予定日	令和 年 月 日		
出産日	令和 年 月 日		
出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)		
生産死産の別	生 産 ・ 死 産(妊娠 週)		