

(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	一	事業所名	
被保険者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成

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		
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	印

(給付様式5号)電子申請用07.12