

出産手当金支給申請書 (その1)

(第 1 回目)

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

健康保険組合支給決定欄	項目	コード	支給日数	支給金額	支給決定年月日
	出産手当金	46	日	円	令和 年 月 日
	健康保険組合支給決定欄				
	申請者記入不可				
	間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間 年月日 令和 年 月 日				
不支給	区分	全部一部	不支給理由		

被保険者記入欄	被保険者等 記号・番号	123 - 456789	出産予定 年月日	令和 7 年 10 月 7 日
	被保険者 氏名	健康 華子	出産 年月日	令和 7 年 10 月 12 日
	被保険者 生年月日	昭和 平成 9 年 5 月 21 日	生産又は 死産の別	☒ 出生児数 (1) 児 ☐ 死産児数 () 児
	申請期間 (出産のため 休んだ期間)	令和 7 年 8 月 27 日 から 令和 7 年 12 月 2 日 まで 103 日間		

被保険者等記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入のこと(※4)
(ただし、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です)

医師または助産師の証明欄	出産した者の氏名		生産または死産の別	☐ 出生児数 () 児
	出産予定年月日	令和 年 月 日		☐ 死産児数 () 児
	この届出は、医師または助産師の証明が必要です。			
	医師または助産師の氏名 電話番号			

- 【注意事項】
- この届の日付は和暦、選択欄は該当の項目のチェック欄にレ点を記入するか、該当の項目を○で囲んでください。
 - 訂正は二重線で抹消し、訂正者氏名を自署ください。(修正テープ使用不可)
 - 被保険者死亡後の申請は、申請者欄・受領委任欄とも法定相続人の署名、被保険者との続柄、捺印が必要です。
 - マイナンバーで申請の場合、「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付してください。

