

出産手当金支給申請書 (その1)

(第 回目)

常務理事	事務長	課長	担当者

健保支給決定欄	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		
	標準報酬月額			円		支給金額		円		
	標準報酬日額			円		減額		円		
	支給日額			円		差引額		円		
	前回支給期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで					資格取得年月日		昭和 平成 令和 年 月 日
	支給期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間					資格喪失年月日		令和 年 月 日
	不支給期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間					支給終了年月日		令和 年 月 日
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	—		出産予定年月日	令和 年 月 日	
	被保険者氏名			出産年月日	令和 年 月 日	
	被保険者生年月日	昭和 平成 年 月 日	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 出生児数 () 児 <input type="checkbox"/> 死産児数 () 児		
	申請期間 (出産のため休んだ期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間			「申請期間」は、出産のため休んだ期間のうち、給与等の報酬を受けなかった日数(出勤日、有給休暇日等を除いた日数)を記入してください。	

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	<input type="checkbox"/> 出生児数 () 児
	出産予定年月日	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 死産児数 () 児
	出産年月日	令和 年 月 日			死産の場合の妊娠日数 () 日
	上記の通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 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。

1. 被保険者が資格を喪失した後の期間に係る申請であるときは、事業主の証明は不要です。
2. 事業主の証明欄は、出勤簿又はタイムカード、賃金台帳などと照合して正確に記入してください。
3. 出産手当金支給申請書（その1）に記載された申請期間中、被保険者が出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合は、「給与等支払内訳」に支給した項目、期間、金額を記入してください。