

# 出産手当金支給申請書

令和7年9月一部改訂

被保険者が記入するところ	①被保険者等 記号	記号	②被保険者氏名 (申請者)	
	番号			
	③事業所名称			
	④資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	⑤出産日及び出産予定日	令和 年 月 日 (出産) 令和 年 月 日 (出産予定)		
	⑥申請期間 (出産の為休んだ期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
	⑦入院詳細	病院名		
	所在地			
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)			
出生児数	単胎	・	多胎 (人)	
⑧委任状	本申請に基づき支給される給付金の受領、および当該給付金を給与に含めて支給することに関する一切の権限を、代理人（事業主）に委任します。			
	令和 年 月 日			
	被保険者	住所		
	印			

※自署の場合は押印を省略できます。

※消せるボールペン使用不可です。

事業主受付	健保組合受付

事業主が記入するところ	①労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)					
	②賃金支給状況	上記期間中の分として全額または一部支給した(します)か 〔はい・いいえ〕					
	「はい」の場合、下欄に記入してください。						
	③	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額	円
	④	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額	円
	⑤	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額	円
上記のとおり、事実と相違ないことを証明します。			令和 年 月 日				
<事業所>							
所在地							
名称							
事業主氏名							

医師又は助産師が記入するところ	①出産日及び出産予定日	令和 年 月 日 (出産) 令和 年 月 日 (出産予定)						
	②正常・異常の別	正常	・	異常	③生産・死産の別	生産	・	死産 (妊娠ヶ月)
	④入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)						
	⑤出生児数	単胎	・	多胎 (人)				
	上記のとおり、相違ありません。			令和 年 月 日				
	所在地							
名称								
医療機関	医師の氏名							

## 出産手当金支給申請書

## 記入見本

未来日付がある場合は申請不可となります

令和7年9月一部改訂

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等	記号	131	②被保険者氏名 (申請者)	健保 花子	
	③事業所名称	(株)LIXIL ← <b>勤務先(事業所名称)を記入</b>				
	④資格取得日	昭和・平成・令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日				
	⑤出産日及び 出産予定日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (出産) 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <b>未来日付がある場合は申請不可となります</b>				
	⑥申請期間 (出産の為休んだ期間)	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ~ 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ( ○○ 日間)				
	⑦	病院名	○○産婦人科			
	入院 詳 細	所在地	東京都江東区大島○一〇一〇			
		入院期間	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ~ 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ( ○○ 日間)			
	出生児数	单胎 · 多胎 ( 人 )				
⑧委任状	本申請に基づき支給される給付金の受領、および当該給付金を給与に含めて支給することに関する一切の権限を、代理人(事業主)に委任します。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 被保険者 住所 東京都江東区大島○一〇一〇- <b>自署の場合は、押印を省略できます</b> 氏名 健保 花子					

※自署の場合は押印を省略できます。

※消せるボールペン使用不可です。

事業主受付	健保組合受付

事業 主 が 記 入 す る と こ ろ	①労務に服さなかった期間	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ~ 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ( ○○ 日間)
	②賃金支給状況	「はい」の場合 ↓ ③ 年 月 ④ 年 月 ⑤ 年 月
	上記のとおり、事実	
	所在地	
	名 称	
	事業主氏名	

**事業所が記入する欄**

医 師 又 は 助 産 師 が 記 入 す る と こ ろ	①出産日及び 出産予定日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (出産)
	②正常・異常 の別	
	④入院期間	
	⑤出生児数	
	上記のとおり、相違	
	医療機関	

**医師が記入する欄**