

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等	記号		② 氏名	(フリガナ)							
		番号										
	③ 現住所	〒 — 自宅又は連絡先電話番号 () —										
	④ この申請は出産前のものでしょうか、出産後のものですか	出 産 前 ・ 出 産 後										
	⑤ 出産予定年月日	令和	年	月	日	⑥ 出産年月日	令和	年	月	日		
	⑦ 出産のため休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	⑧ 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。又は今後受けられますか。					はい ・ いいえ						
	⑨ 受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を に委任します。										
		令和 年 月 日 被保険者氏名										
	⑩ マイナンバー記載欄 (①欄の記号番号を記入した場合は不要です)											
	⑪ 備考欄 いずれかに✓してください	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が記入したものである。 <input type="checkbox"/> 事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。										

- ・申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。
- ・記入された内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
- ・⑦欄は出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前 42 日（出産の当日を含む、多胎妊娠の場合は 98 日）から、出産の日後 56 日までのうち、出産のため労務に服さなかった期間をご記入ください。
- ・この申請書は、⑦欄に記入された申請期間が経過した後にご提出ください。
- ・被保険者が押印されない場合は、⑩欄の□に✓をご記入ください。

※出産手当金は、産前分、産後分など複数回に分けて申請することも可能です。ただし、事業主の証明欄については、毎回証明が必要です。

※医師又は助産師の証明欄は、1 回目の申請が出産後であり、証明によって出産日等の確認ができたときは、2 回目以降の申請書への証明は省略可能になります。

受付日付印

医師又は助産師が記入するところ	⑫ 出産者氏名	
	⑬ 出産予定年月日	令和 年 月 日
	⑭ 出産年月日	令和 年 月 日
	⑮ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)
	⑯ 生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
	⑰	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 ㊞ 電話番号 ()

【被保険者の方へ】

- 医師または助産師に記入していただけてください。
医師・助産師の押印がない場合は、出産時の領収書（写）を添付してください。

【医師・助産師の方へ】

- ・ ⑯欄が死産の場合は、妊娠何週の死産であるかを必ず記入してください。
- ・ 記入された内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。

事業主が証明するところ	⑱ 被保険者氏名																																	
	⑲ 労務に服さなかった日（該当する日を○で囲んでください）																																	
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	合計																											日間						
	⑳ ⑲の労務に服さなかった期間に対する報酬の支給状況																																	
	支給期間	月 日 ~ 月 日		月 日 ~ 月 日		月 日 ~ 月 日		月 日 ~ 月 日																										
区分	支給額	1日当たりの額	支給額	1日当たりの額	支給額	1日当たりの額	支給額	1日当たりの額																										
基本給																																		
通勤手当																																		
家族手当																																		
住宅手当																																		
計																																		
㉑ 被保険者の給与の形態		月給 ・ 日給月給 ・ 日給 ・ 時給																																
㉒ 上記のとおり相違ないことを証明します。																																		
令和 年 月 日																																		
事業所所在地																																		
事業所名称																																		
事業主氏名																																		
電話番号 ()																																		

【被保険者の方へ】
お勤め先の事業主に証明を受けてください。

- 【事業主の方へ】
- ・申請の際には、賃金台帳、出勤簿等の写を添付してください。
 - ・被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる申請であるときは、資格喪失日の前日までについて証明してください。
 - ・証明された内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。