

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

ページ

手

被保険者記入用

被保険者本人が出産のため会社を休み、その間の給与の支払いを受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。		
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所	都 道 府 県		

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	支店名	口座番号 (左づめ)	
預金種別	1 普通預金			

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページ目に続きます。▶▶▶

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	添付書類	職歴	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>	1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付	その他	<input type="checkbox"/>	1. その他 (理由)	枚数	<input type="text"/>	受付日付印
6 1 1 1 1 1 0 1																		

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

ページ

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前 <input type="checkbox"/> 2. 出産後
	③-1 出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	④-1 出生児数	<input type="checkbox"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。
	④-2 死産児数	<input type="checkbox"/> 人
	⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ⑤-2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。	

医師・助産師による証明	出産者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。
	出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	出生児数	<input type="checkbox"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。	
	死産児数	<input type="checkbox"/> 人	
	死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
医療施設の所在地			
医療施設の名称			
医師・助産師の氏名			
電話番号			

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶

6 1 1 2 1 1 0 1

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

ページ

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名
(カタカナ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

勤務状況 2ページの申請期間のうち、出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

令和	□	年	□	月	
令和	□	年	□	月	
令和	□	年	□	月	
令和	□	年	□	月	
令和	□	年	□	月	

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等

例	令和	0	5	年	0	2	月	0	1	日	から	0	5	年	0	2	月	2	8	日	□	円
①	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円
②	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円
③	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円
④	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円
⑤	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円
⑥	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円
⑦	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円
⑧	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円
⑨	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円
⑩	令和	□	□	年	□	□	月	□	□	日	から	□	□	年	□	□	月	□	□	日	□	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 令和 □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日

事業所名称

事業主氏名

電話番号

6 1 1 3 1 1 0 1

事業主が証明する欄