

# 出産手当金支給申請書 記入例

## 健康保険 出産手当金 支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者情報	1 被保険者証	記号 <b>987</b> 番号 <b>654321</b>	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平・令 <input type="checkbox"/> 〇〇年 <input type="checkbox"/> 〇月 <input type="checkbox"/> 〇日
	氏名・印	(フリガナ) <b>ケンポ ハナコ</b> <b>健保 花子</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	— 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。	
	住所	〒 <b>110-0000</b> <b>東京</b> <input checked="" type="checkbox"/> 都府 <input type="checkbox"/> 道 <b>墨田区</b> <input type="checkbox"/> 〇〇 <input type="checkbox"/> X-X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> マンション X X X 号	電話番号 (日中の連絡先)	<b>090 (1234) 〇〇〇〇</b>
事業所名称	<b>(株)〇〇〇〇</b>	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )	

振込先	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫・信託 <input type="checkbox"/> 農協・その他( )	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座・その他( )	
	口座名義 (カタカナで記入)	<b>ケンポ ハナコ</b>	支店 <input type="checkbox"/> 本店・出張所 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> その他( )	口座番号	<b>1234567</b>
	口座名義区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者)・代理人			

委任状	4 口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		氏名・印	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	
		代理人(口座名義人)	住所	氏名・印

申請内容	5 今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請
	6 出産前の申請のときは、「出産予定日」を 出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。	出産予定日 <input checked="" type="checkbox"/> 平・令 <input type="checkbox"/> 〇年 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 20日 出産日 <input checked="" type="checkbox"/> 平・令 <input type="checkbox"/> 〇年 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 15日
	7 出産のため休んだ期間(申請期間) 注:申請期間を訂正した場合は、申請者の訂正印の必ず押印ください。	平・令 <input checked="" type="checkbox"/> 〇年 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 5日 から <input type="checkbox"/> 98 日間 平・令 <input checked="" type="checkbox"/> 〇年 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 12日 まで
	出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる) 期間と報酬額をご記入ください。	平・令 年 月 日 から 円 平・令 年 月 日 まで

注: この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

3  マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄 印

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)


- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
- 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。被保険者(申請者)、代理人(口座名義人)の印もれにご注意ください。また、代理人(口座名義人)の印は、被保険者(申請者)の印とは別のものをご使用ください。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票などの原本)の添付が必要となります。
- 出産前の申請か出産後の申請か、どちらかにチェックを入れてください。
- 出産前の申請の場合は、出産予定日のみをご記入ください。出産後の申請の場合は、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。
- 申請期間をご記入ください。  
▶ この申請書は、ご記入いただいた申請期間が経過する前に提出することはできません。(産前分、産後分など複数回に分けて申請することは可能です。ただし、事業主の証明などは、その都度必要となります。)  
▶ 出産日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日以前42日から出産日以後56日目までの期間を限度として申請することができます。(42日+α+56日)
- 1の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に  を付けてください。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

# 記入例 | 出産手当金支給申請書 事業主証明欄

電設工業 健康保険組合 | 業務部 給付課 03-5970-0306

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 太郎				
	① 労務に服さな った期間	平令元 年 6 月 16 日 から	② 出勤	有給	③ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。	
		平令元 年 7 月 15 日 まで 30 日間	0 日	3 日	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	被保険者の	④ 給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他( )	⑤ 賃金計算	締日 15 日	支払日 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 25 日
	⑥ 上記の期間に 対して、報酬 の全部又は一 部支給した (する)場合	基本給	元 年 6 月 16 日 ~ 元 年 7 月 15 日	3 日間	45,000 円	300,000 ÷ 20 日 × 3 日 (日額15,000円)
		通勤手当	31 年 4 月 1 日 ~ 元 年 9 月 30 日	日間	60,000 円	6か月分支給 欠勤控除なし
	住宅手当	元 年 6 月 16 日 ~ 元 年 7 月 15 日	30日間	20,000円	欠勤控除なし	
上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 元 年 8 月 1 日
所在地		東京都墨田区△△ 1-2-3				
事業所名称		○○○○ 株式会社				
事業主氏名		○○ ○○		 電話番号 △△(□□□□)××××		

## 事業主のみなさまへ

申請期間の「賃金台帳」と「出勤簿」のコピーを必ず添付してください。

- ① 被保険者が出産のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)
- ② ①の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。
- ③ ①の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- ④ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。
- ⑤ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。
- ⑥ ③で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法などをご記入ください。

## ■ 添付書類

給与締日単位で、申請期間の「出勤簿」及び「賃金台帳」のコピー

通勤手当の精算・払戻を  
している場合

精算・払戻証明書等

※ その他必要に応じて証明書等をご用意いただくことがあります。