

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

記入日 和暦( ) 年 月 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [ ][ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	生年月日 和暦( ) 年 月 日
	氏名・印	(フリガナ) -----		印
	住所	(〒 [ ][ ] - [ ][ ] )	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] )		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( [ ][ ] )	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	左づめでご記入ください。
	口座名義		口座名義 の区分	1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	和暦( ) 年 月 日
	氏名・印	印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 [ ][ ] - [ ][ ] ) TEL ( [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] )	委任者と 代理人との 関係
	住所 (フリガナ) -----	氏名・印	印

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印

受付日付印  
(健康保険組合使用欄)

(令和2年3月改)

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	1 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。	1. 出産前の申請	2. 出産後の申請	
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日 和暦( ) 年 月 日	-----	
		出 産 日 和暦( ) 年 月 日		
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	和暦( ) 年 月 日から	和暦( ) 年 月 日まで	日間
	4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1. はい	2. いいえ	
	5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	和暦( ) 年 月 日から	和暦( ) 年 月 日まで	円
6 出生児の数	<input type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎 ( ) 児		

医師・助産師記入欄	出産者氏名						
	出産予定年月日	和暦( ) 年 月 日	出産年月日	和暦( ) 年 月 日			
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( ) 児	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。	和暦( ) 年 月 日					
	医療施設の所在地						
	医療施設の名称						
医師・助産師の氏名	印	TEL	( )				

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

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状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																			
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。														出勤	有給																				
	和暦( )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	計	日	日
	和暦( )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	計	日	日
	和暦( )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	計	日	日
	和暦( )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	計	日	日
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日																				
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																				
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月日～月日分	月日～月日分	月日～月日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																													
				(月日支給)	(月日支給)	(月日支給)																														
			支給額	支給額	支給額																															
	基本給																																			
	通勤手当																																			
	住居手当																																			
扶養手当																																				
手当																																				
手当																																				
現物給与																																				
計																																				
上記のとおり相違ないことを証明する。												和暦( )年 月 日		担当者氏名																						
事業所所在地																																				
事業所名称																																				
事業主氏名														電話 ( )																						

## 記入例

1 2 3 4 5

被保険者氏名	協会 花子												出勤	有給																					
和暦( )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	計	日	日
和暦( )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	計	日	日
和暦( )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	計	日	日
和暦( )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	計	日	日
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input checked="" type="checkbox"/> 翌月		日																			
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																			
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	2月1日～2月28日分	5月1日～5月31日分	月日～月日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 基本給計算方法 ①1,000円×8時間×5日 =40,000円 ②1,000円×8時間×9日 =72,000円																												
				支給額	支給額	支給額																													
	基本給	1,000	40,000	72,000																															
	通勤手当	20,000	20,000	20,000																															
	住居手当																																		
	扶養手当																																		
手当																																			
手当																																			
現物給与																																			
計																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。												平成 26 年 6 月 16 日		担当者氏名 ○ ○ ○																					
事業所所在地 東京都千代田区△△1-1																																			
事業所名称 ○○株式会社																																			
事業主氏名 健保 三郎														電話 03 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )																					

### 【被保険者の方へ】

- お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

### 【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。
- 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金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等をご記入ください。

# 記入上のご注意

## 被保険者の方へ

1. 出産手当金は、被保険者が出産のために労務に服さなかった期間の生活費として給付されるものです。給与が全額支払われている場合は支給されません。また、給与カットがある場合で、給与が出産手当金給付額より少ない時は差額が支給されます。
2. 分娩の日(分娩日が分娩予定日後であるときは、分娩予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から分娩日後56日までで労務に服さなかった期間(欠勤した期間)について給付されます。
3. 被保険者の方は事業主が証明するところ、医師等が証明するところには記入しないでください。
4. 申請書類は事業主へ提出し、勤務状況・賃金支給状況の証明を受けてください。
5. 産前、産後を分けて申請して頂いても構いません。出産した日は産前に含まれます。また、出産日が予定より遅れた場合は、その遅れた期間についても出産手当金が支給されます。
6. 未来日の申請はできません。申請期間を過ぎてから書類を提出してください。

## 事業主の方へ

出産手当金支給申請書に下記書類を添えて健康保険組合へ提出してください。

・申請期間に係る

①出勤簿の写し

②賃金台帳

※欠勤控除が翌月以降になる場合は、欠勤控除が行われた月の賃金台帳が必要です

③就業規則・契約書など、産休中は給与の支払いが無い旨記載がある箇所の写し

## 資格喪失後の出産手当金給付について

資格喪失日の前日までに、継続して1年以上被保険者期間があることに加え、下記の要件を満たしていれば資格喪失後も引き続き所定の範囲内で給付を受けることができます。

1. 1年以上被保険者であった方で、退職時に出産手当金を受けていたか、受けられる状態(お休みしているが給与が支給されている場合など)であること。  
※退職日にたとえ数時間でも出勤していると、対象にはなりません。
2. 出産日または出産予定日から42日前の日が在職中であること。