

健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者/医師・助産師記入用)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	()
				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"/>)

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	

委任状	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受任者に委任します。	令和 年 月 日
	受任者 (事業主)	氏名 住所 事業所名 氏名	

申請内容	この申請期間は、出産前のものでしょうか、出産後のものですか。 あるいはその両方の期間にかかるものですか。	<input type="checkbox"/> 出産前 <input type="checkbox"/> 出産後 <input type="checkbox"/> 出産前後
	出産予定日および出産日をご記入ください。	出産予定日 年 月 日 出産日 年 月 日
	出産のため休んだ期間(申請期間)	年 月 日 から 日間 年 月 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 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。	年 月 日 から 円 年 月 日 まで

医師・助産師記入欄	出産者氏名	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)
	出産予定年月日 年 月 日	出産年月日	年 月 日
	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 か月 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	
	所在地		
	医療機関名		
	医師・助産師の氏名	電話番号	()

この申請書は2枚1セットです。2枚目「事業主記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者(申請者)氏名
-----	---

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)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						
	労務に服さなかった期間	年 月 日 から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。		
		年 月 日 まで 日間	日	日	□はい □いいえ		
	被保険者の	給与の種類	□月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他()	賃金計算	締日	日	支払日 □当月 □翌月 日
	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		年 月 日 ~ 年 月 日	日間		円	
			年 月 日 ~ 年 月 日	日間		円	
上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日	担当者氏名		
所在地							
事業所名称							
事業主氏名							
電話番号 ()							

事業主のみなさまへ

※申請期間中の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。
 ※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

記入例

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 花子					
	労務に服さなかった期間	2024 年 12 月 5 日 から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。		
		2025 年 3 月 12 日 まで 98 日間	0 日	3 日	☑はい □いいえ		
	被保険者の	給与の種類	☑月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他()	賃金計算	締日	15 日	支払日 ☑当月 □翌月 25 日
	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	2024 年 11 月 16 日 ~ 2024 年 12 月 15 日	3 日間	45,000 円	300,000 ÷ 20日 × 3日 (日額15,000円)	
		通勤手当	2024 年 11 月 16 日 ~ 2024 年 12 月 15 日	30 日間	9,000 円	欠勤控除なし	
		住宅手当	2024 年 11 月 16 日 ~ 2024 年 12 月 15 日	30日間	12,000 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 7 年 3 月 1 日	担当者氏名	〇〇 〇〇	
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 ○〇 ○〇							
電話番号 △△ (□□□□) ××××							

- 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) 和暦西暦どちらの表記でも可。
- 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。