

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

記入方法および添付書類等については、「健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
氏名・印	(フリガナ)		印	自署の場合は押印を省略できます。		
住所	(〒 -)	都・道 府・県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。	
	口座名義	▼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。)		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。		平成	年	月	日
	氏名・印	印	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	(〒 -)	TEL	()				
代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	氏名・印	印	委任者と 代理人との 関係			

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

受付日付印

(26.7)

様式番号

協会使用欄

6	1	1	1	1	4
---	---	---	---	---	---

--	--	--	--

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。	<input type="checkbox"/>	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	平成	年	月	日	出産日	平成	年	月	日
	③ 出産のため休んだ期間(申請期間)	平成	年	月	日から	平成	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。	<input type="checkbox"/>	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。	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	円	

医師・助産師記入欄	出産者氏名										
	出産予定年月日	平成	年	月	日	出産年月日	平成	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。	平成	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。>>>

様式番号

6 1 1 2 1 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

労務に服することができ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。

事業主が証明する期間

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。

平成	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	出勤	有給		
																																					日	日
平成	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		
平成	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		
平成	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		
平成	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、賃金を支払しました(します)か? はい いいえ

給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 日 支払日 当月 翌月

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。

区分	期間	単価	月 日		月 日		月 日		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 日分	～	月 日分	～	月 日分	
			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します。 平成 年 月 日 担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印 電話 ()

「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1か月分の出勤簿(タイムカード)と賃金台帳のコピーを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録のコピーを添付してください。

記入例

1 2 氏名 協会 花子

3 4 上記の期間に対して、賃金を支払しました(します)か? はい いいえ

5 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。

区分	期間	単価	2月1日		5月1日		月 日		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 @1,000円×8時間×5日 =40,000円 @1,000円×8時間×9日 =72,000円
			～	2月28日分	～	5月31日分	～	月 日分	
基本給		1,000	40,000		72,000		支給額		
通勤手当		20,000	20,000		20,000		支給額		
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)健保商事

事業主氏名 健保 三郎

印 電話 03 (○○○)○○○

【被保険者の方へ】

1 お勤め先の事業所に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】

2 労務に服することができ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。

3 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。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 労務に服することができ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。

※5か月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして超えている部分をご記入ください。

様式番号

6 1 1 3 1 2

健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き

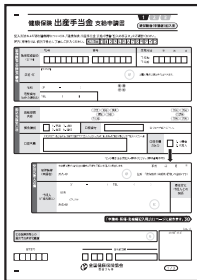
出産のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。

申請書は3ページです。漏れなく正確にご記入ください。

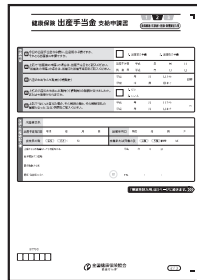
申請者情報、申請内容

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は相続人の方がご記入ください。

1/3ページ



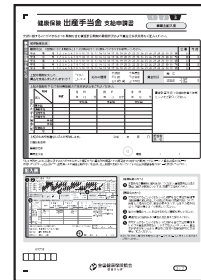
2/3ページ



事業主の証明

事業主に記入を依頼してください。

3/3ページ



添付書類をご用意ください。

添付いただくもの(詳しくは協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせください)

初回申請時	
賃金台帳のコピー	労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1か月分
出勤簿(タイムカード)のコピー	
役員会議議事録のコピー	役員等で賃金台帳・出勤簿がない場合
翻訳文	証明書等が外国語で記載されている場合(翻訳者の署名・住所・電話番号を明記)

2回目以降の申請時(基本的には省略可)	
賃金台帳のコピー	申請期間に給与等の支払があった場合は、添付が必要
出勤簿(タイムカード)のコピー	

次ページに記入例があります。➡

ご提出・お問い合わせ先

被保険者証に記載されている協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。(郵送で提出できます)
 *各支部の電話番号、所在地などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

記入例

出産手当金 支給申請書

ご記入事項を訂正される場合、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。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL 03(XXX)XXXX

1ページ

1 2 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
 届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | アイ | ウ

1 被保険者(申請者)情報

被保険者証の (左づめ)	記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 2 1	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 1 1 0 2 2
氏名・印	(フリガナ) キョウカイ ハナコ 協会 花子		自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒144-0052) 東京 大田区△△1-2-3		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX)XXXX		

3 振込先指定口座

金融機関 名称	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	7 8 9 0 1 2 3
口座名義	キョウカイ ハナコ		口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄

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。 平成 年 月 日

被保険者 (申請者)	氏名・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)	住所 (フリガナ)	氏名・印	委任者と 代理人との 関係

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄


(26.7) 受付日付印

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 / 3


記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。



2 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・振込口座も同様です。)
 ※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

3 ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・貯金種目・口座番号をご記入ください。



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。	4	2	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。	5		出産予定日	平成 26 年 3 月 21 日
				出産日	平成 26 年 3 月 22 日
	③ 出産のため休んだ期間(申請期間)	6		平成 26 年 2 月 8 日から	99日間
				平成 26 年 5 月 17 日まで	
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。		2		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。			平成 年 月 日から	円	
			平成 年 月 日まで		

7 医師・助産師記入欄	出産者氏名	協会 花子		
	出産予定年月日	平成 26 年 3 月 21 日	出産年月日	平成 26 年 3 月 22 日
	出生児の数	単胎 (多胎) (児)	生産または死産の別	生産 (死産) (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成 26 年 4 月 15 日			
	医療施設の所在地	東京都大田区〇〇2-3-5		
医療施設の名称	〇〇総合病院			
医師・助産師の氏名	保険 太郎	TEL	03 (△△△△)△△△△	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

様式番号

--	--	--	--	--


 全国健康保険協会
協会けんぽ

2 / 3

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

- 4 出産前の申請か出産後の申請かをご記入ください。
- 5 出産前の申請の場合、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合、出産日と出産予定日の両方をご記入ください。
- 6 出産のため労務に服さなかった期間とその日数(公休日を含む)をご記入ください。
- 7 医師または助産師に記入いただいでください。記入漏れのないようにお願いします。

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。

なお、医師または助産師の証明欄は1回目の申請が産後であり、証明によって産日等が確認できたときは、2回目以降の申請書への証明は省略可能になります。

出産手当金の支給要件等

支給を受ける条件

被保険者が出産のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件すべてを満たした場合は、出産手当金が支給されます。

- 1 被保険者が出産した(する)こと**
(被扶養者の出産は対象外です)
- 2 妊娠4か月(85日)以上の出産であること**
(早産・死産(流産)・人工妊娠中絶も含まれます)
- 3 出産のため仕事を休み、事業主から給与の支払いがないこと**
(短時間でも就労された日については、給与の額を問わず出産手当金は支給されません)

支給額と支給期間

1 支給額

出産手当金は、1日につき被保険者の標準報酬日額の3分の2に相当する額(1円未満四捨五入)が支給されます。標準報酬日額は、標準報酬月額30分の1に相当する額(10円未満四捨五入)です。給与の支払いがあって、その給与が出産手当金の額より少ない場合は、出産手当金と給与の差額が支給されます。

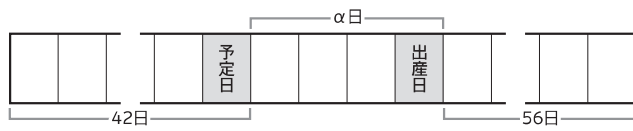
出産手当金1日あたりの支給額(例)

標準報酬月額280,000円(標準報酬日額9,330円)の場合
 $9,330円(標準報酬日額) \times 2/3 = 6,220円(1円未満四捨五入)$

2 支給期間

出産手当金は出産日(出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠は98日)から、出産日後56日までの期間について支給されます。(出産日は産前期間に入ります。)

※実際の出産が予定日より遅れた場合は
42日 + α + 56日(右図参照)



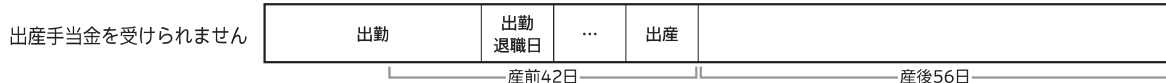
資格喪失後の出産手当金

資格喪失の日の前日(退職日等)まで被保険者期間が1年以上あり、被保険者資格の喪失の前日に出産手当金を受けているか受けられる状態であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

★欠勤(有給休暇含む)のまま退職した場合



★退職日に出勤した場合



注意：退職日に出勤した場合は、出産手当金を受けられません！