

# 分かりやすい図解式

# 出産手当金申請書の記入のポイント

## 1ページ目：被保険者記入欄

### 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3 ページ

被保険者記入用 手

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。

被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	21700023	1	2 01 05 10
氏名 (カタカナ)	キョウカイ ハナコ		
氏名	協会 花子		
郵便番号 (ハイフン除く)	9500000	電話番号 (左づめハイフン除く)	025XXXXXX
住所	新潟 県 新潟市中央区〇〇1-1△△マンション101		



※退職後の申請の場合は、在職期間中の記号番号を記入してください。

### ！ 記入不備注意

ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込用の漢数字3桁（一二八など）でご記入ください。

### ！ 記入不備注意

支店、出張所などの選択間違いが見受けられますので、正確にご記入ください。

### ！ 記入不備注意

口座番号は、上記被保険者（申請者）氏名と同じ名義の口座番号をご記入ください。

振込先指定口座	金融機関名称	支店名	預金種別	口座番号 (左づめ)
	〇〇	× ×	1 普通預金	1234567

ゆうちょ銀行の口座へお振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。)

被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

※マイナンバーを記入した場合、身元確認を行うための書類と番号確認を行うための書類の添付が必要です。これらの添付がない場合は、申請書をお返すこととなりますので、ご注意ください。

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. 記入用 (受付あり)	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>	1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付	受付日付印
添付書類	職歴	<input type="checkbox"/>	1. 添付	2. 不備	その他	<input type="checkbox"/>	1. その他	枚数	

### 【被保険者が亡くなられ、相続人の方が申請する場合】

被保険者情報欄の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

※被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等（相続人であることの確認できる書類）の添付が必要です。(申請できる方は相続順位が一番高い方になります。)

## 2ページ目：被保険者・医師・助産師記入欄

**！記入もれ注意**

被保険者氏名をご記入ください。

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3 ページ  
被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名 **協会 花子**

**！記入不備注意**

未経過期間分（未来日）の申請はできません。申請期間が経過した後にご提出ください。

① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 05 年 03 月 11 日 から 令和 05 年 06 月 17 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。	2 1. 出産前 2. 出産後
③-1 出産予定日	令和 05 年 04 月 21 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 05 年 04 月 22 日
④-1 出生児数	1 人 <small>出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。</small>
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。	2 1. はい → ⑤-2へ 2. いいえ
⑤-2 受けた報酬は専業主婦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 2. いいえ → 専業主婦へ確認のうえ、正しい証明を受けてください。

**！記入もれ注意**

出産予定日の記入もれが多いです。下記の「医師・助産師記入欄」の証明内容からご記入ください。

出産者氏名 (カタカナ)	キョウカイ ハナコ
出産予定日	令和 05 年 04 月 21 日
出産年月日	令和 05 年 04 月 22 日
出生児数	1 人 <small>出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。</small>
死産児数	<input type="checkbox"/> 人
死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 日
上記のとおり間違いないことを証明します。	
医療機関の所在地	新潟県新潟市〇〇△-△-△ 令和 05 年 05 月 11 日
医療機関の名称	〇〇総合病院
医師・助産師の氏名	保険 五郎
電話番号	025 ××× ×××

**！記入もれ注意**

医師・助産師記入欄に記入もれがあると、申請書をお返しすることになりますので、ご注意ください。

「専業主婦記入用」は3ページ目に続きます。>>>

6 1 1 2 1 1 0 1

### 【複数回に分けて申請する場合】

1回目の申請が出産後であり、「医師・助産師記入欄」にて出産日等の証明を受けている場合は、2回目以降の申請の際、「医師・助産師記入欄」の証明は省略可能です。

# 3ページ目：事業主記入欄

3月11日から6月17日までの申請期間

1 2 3 ページ  
事業主記入用

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

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) **キョウカイ ハナコ**

勤続状況 2ページの中継期間のうち、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。

05	03	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	
05	04	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	
05	05	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	
05	06	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	

2ページの中継期間のうち、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)、賞与・任意等額支給しているもの等

例	05	02	01	05	02	28	3000000
①							
②							
③							
④							
⑤							
⑥							
⑦							
⑧							
⑨							
⑩							

上記のとおり明瞭なことを証明します。

事業所所在地 新潟県新潟市〇〇△-△△  
 事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇  
 事業主氏名 健保 三郎  
 電話番号 025 ××××××

05 07 02

**！ 記入もれ注意**  
被保険者氏名をご記入ください。

**！ 記入もれ注意**  
・「年月」を必ずご記入ください。  
・2ページ目の申請期間のうち、出勤した日を○で囲んでください。

**！ 記入不備注意**  
・出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合は、支給した日（もしくは賃金計算期間）と金額をご記入ください。  
・出勤していない日に対して、報酬等を支給していない場合は記入不要です。（「0円」の記入も不要です。）

**！ 記入もれ注意**  
事業主証明日は、申請期間の最終日以降の日付をご記入ください。

6 1 1 3 1 1 0 1

**！ 『賃金台帳や出勤簿のコピー』の添付は不要です。証明欄の内容で審査を行いますので、記入もれ・不備がないかを確認のうえ、証明してください。**