

出産手当金 不備の多い点をまとめました

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者記入用



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。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、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

被保険者情報欄	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)			<input type="checkbox"/>	1. 令和 2. 平成 3. 令和	
	氏名・印 (フリガナ)		印	自署の場合は押印を省略できます。		
振込先指定口座情報欄	住所	〒	部 連 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 済協 その他 ()		本店 支店 代理店 出発所 本店営業部 本所 支所		
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 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	ワカタカナ(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. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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	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。	年	月	日
	氏名・印		<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和		
	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ			
代理人 (口座名義人)	住所	〒	TEL(ハイフン除く)	被保険者との 関係	
	(フリガナ)			印	
	氏名・印				

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号が不明の場合に記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び給付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

「被保険者・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
様式番号	協会使用欄	
6 1 1 1 6 9	1	

制度の概要は[こちら](#)
申請書のダウンロードは[こちら](#)

・振込先指定口座欄の不備

- ①振込先指定口座欄の記入漏れ
(その都度記入が必要です。)
- ②存在しない金融機関名もしくは店名の記入
- ③ゆうちょ銀行の店名記入誤り
(ゆうちょ銀行の場合、漢字3桁の店名になります。例 八二八支店など 通帳に記載がありますのでご確認ください。)

・受取代理人欄の不備

振込先指定口座欄に本人以外の口座を記入いただいた場合、受取代理人の欄をご記入いただく必要があります。記入漏れにご注意ください。

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名	
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 出産日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	③ 出産のため休んだ期間(申請期間) 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 から <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2.令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 まで <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 から <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2.令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 まで <input type="checkbox"/> 円
出産者氏名 <input type="text"/> 年 月 日 出産予定年月日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 出産年月日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 出生児の数 <input type="checkbox"/> 1.単胎 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 児) 生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 1.生産 (妊娠 <input type="checkbox"/> 週) <input type="checkbox"/> 2.死産 上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 医療施設の名前 <input type="text"/> 医師・助産師の氏名 <input type="text"/> (印) 電話番号 <input type="text"/> <small>*ハイフン除く</small>	

・出産予定日・出産年月日
未記入の場合や医師(助産師)と記入内容と相違している場合、返戻となります。

・出産のために休んだ期間(申請期間の不備)
①記入がない
②記入いただいた期間と日数が合わない
上記の場合は返戻となります。

記入漏れがある場合、返戻となります。

「事業主記入用」は3ページに続きます。 >>>

様式番号

6 1 1 2 6 8

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。

勤務状況		出勤		有給	
1.平成 2.令和 年 月					
勤務状況 【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。					
計		計		計	

上記の期間に対して、賃金を支払しました(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"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	
			支払日	1.当月 2.翌月			

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。			
区分	単価	期間	支払額
		月 日 日	月 日 日
基本給			
通勤手当			
手当			
手当			
手当			
現物給与			
合計			

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。

・勤務状況

労務に服することが出来なかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況についてご記入いただきます。
(例)給与が20日締めの場合 申請期間が4/5～4/25の場合 3/21～5/20分の勤務状況書をご記入いただきます。

・賃金計算方法欄の不備

記入がない場合は電話で計算方法を照会するか、書類を返戻する場合がございます。特に欠勤控除をされている場合は必ずご記入ください。

・賃金支給状況

労務に服することが出来なかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況についてご記入いただきます。
(例)給与が20日締めの場合 申請期間が4/5～4/25の場合 3/21～5/20分の賃金をご記入いただきます。

記入漏れがある場合、返戻させていただきます。
※押印は省略可能です。

6 1 1 3 6 7

添付書類について 添付書類が不足している場合、書類を返戻いたしますので、ご注意ください。

○支給開始以前12か月以内で事業所に変更があった方
[こちら](#)の用紙に必要事項をご記入の上、ご提出ください。

○証明書等が外国語で記載されている場合
翻訳文(翻訳者の署名、住所、電話番号を明記)