

出産手当金支給申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、作成をお願いします。申請書はコンピューターで読み取りますので枠内に楷書で丁寧に記入ください。

1ページ目:本人記入欄

※申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。

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。

※(枝番)の記入は不要です

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3 ページ **手**
被保険者記入用

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ご使用ください。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。

記号(左づめ)	番号(左づめ)	支店番号	1. 06	2. 08	3. 11
記号・番号	2 1 7 0 0 0 2 3	1	0 6	0 8	1 1
氏名 (カタカナ)	キョウカイ ハナコ				
氏名	協会 花子				
郵便番号 (ハイファン除く)	7 0 0 〇 〇 〇 〇		電話番号 (左づめハイファン除く)	0 8 6 x x x x x x x	
住所	岡山 〇〇区 〇〇町 1-1				

金融機関名称	ゆうちょ	支店名	五四〇
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	2 3 4 5 6 7 8

被保険者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。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

資格情報のお知らせ	
記号	21700023
番号	1
枝番	00
氏名	協会 花子
生年月日	平成6年8月11日
資格取得年月日	令和2年4月1日
保険者番号	12345678
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部

・記号番号・氏名(カタカナ)は、資格情報のお知らせ等に記載された記号番号・氏名を、正確に記入ください。

(退職等により資格喪失された方は、資格喪失前の記号番号を記入ください。)
 > 支給決定通知書上部()内の数字が(記号-番号)です。

お振込先は原則、「被保険者本人口座のみ」
 ・氏名(カタカナ)は、口座名義として使用されます。
 事業主や家族の口座へのお振込みはできません。被保険者(申請者)の口座情報をご記入ください。

以下の点にご注意ください。
 ・玉島の「玉」を「五」と読み取るケースがありますので丁寧に記入ください
 ・「本店営業部」「本所」と「本店」の選択間違え
 ・ゆうちょ銀行の「支店名」と「口座番号」



【社会保険労務士様へ】
 申請書の提出代行をされる際は、提出代行者名記入欄に代行者名の他に「**社労士事務所**の所在地」を必ず記入いただきますようお願いいたします。
 ※住所の記載が無い場合、不備等の返戻は**被保険者本人へ直接返却**となりますのでご了承ください。

【マイナンバー記入欄】
 資格情報のお知らせに記載された記号・番号を記入いただければ、**マイナンバーの記入は不要**です。
 ※本人確認書類等も不要です。

【被保険者が亡くなられて相続人が申請する場合】
 相続人が申請される場合は、被保険者情報の「記号番号」「生年月日」は被保険者の情報を記入いただき、「氏名(カナ)」「氏名」「住所」「振込先指定口座」は相続人の情報を記入ください。
 ※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。
 ★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

2ページ目:本人記入欄

※申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。

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。

💡 申請書2ページ目「医師・助産師による証明」は必ず**医療機関に記入**いただいでください。
ご自身で記入したものは受付できませんのでご注意ください。

申請期間は必ず記入ください。
※未来日の申請はできません。

出産前の申請の場合は「**1**」を
出産後の申請の場合は「**2**」を
記入ください。

出産予定日、出産年月日、出生児数は必ず記入ください。
※医師・助産師による証明と同じ
内容を記入ください。

・報酬を受けていない場合は
⑤-1のみ「2」と記入ください。
・報酬を受けている場合は確認の上、
**正しければ⑤-1.2の両方に「1」と
記入**してください。
※⑤-2に誤って「2」と記入する
ケースが多いです。

証明事項が記入されていることをご確
認ください。
不備がある場合は医療機関に整備いた
だくようご依頼ください。

💡 <医師・助産師の証明について>

・**出産前に申請する場合**
出産年月日の証明がなくても出産予定
日の証明があれば申請できます。
(出産後の申請の際に、出産年月日の
証明を必ず受けてください。)

・**複数回に分けて申請をする場合**
出産日・出産予定日それぞれの証明が
記載された申請書を一度提出いただけ
れば、**次回以降省略可能**です。

医療機関証明日は**出産日以降の日付**で
あることをご確認ください。
※未来日の証明はできません。
※ただし、出産前の申請の場合は出産
予定日以降の日付かご確認ください。

今回のケースでは、出産日が令和7
年4月22日の為、医療機関証明日
は**令和7年4月22日以降の日付**と
なります。

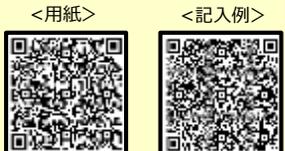
「**医療機関所在地**」、「**医療機関名
称**」、「**医師氏名**」、「**電話番号**」が
記入されているかご確認ください。

💡 申請月までの12か月以内に下記の①～③のいずれかに
当てはまる場合は下記用紙を記入の上、添付ください。

- ① 支給開始日以前の12ヶ月以内で勤務先が変更した場合
- ② 定年再雇用などで記号番号が変更した場合
- ③ 任意継続の被保険者での加入期間がある場合

※対象となるのは全国健康保険協会に加入していた
期間に限ります。(ただし、健康保険組合が解散等
をして、その権利義務が全国健康保険協会に承継さ
れたときは、健康保険組合の期間も含みます。)

→当用紙は、こちらより印刷できます。



3ページ目:事業主記入欄

※申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。
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。



左記の申請書2ページ目の
申請期間内について
事業主証明を記入ください。

被保険者氏名を必ずカナ氏名にて
記入ください。

出勤の有無に関わらず、**申請期間を
含む年月を必ず記入ください。**

申請期間内で**出勤した日のみに
「○」を記入ください。**
※有給日は報酬として①～⑩に記入
してください。

申請期間内で**出勤していない日に
支給した報酬のみ記入ください。**
「期間」、「金額」の記入が必要です。
※報酬0円に関する記入は不要です。

・**月額固定額の報酬**
例：欠勤控除しない手当等

(記入例)
・給与未締め
・通勤手当を3月のみ1万円支給
(控除されていない場合)

・**日割りの報酬**
例：申請期間内に取得した有給等

(記入例)
・4/3～4、7～9の5日間が有給
日の場合
・有給日が分かるように連続し
た日で区切って記入

事業主証明日は**申請期間(至)以降、
郵送する日以前の日**を記入ください。
※未来日の証明はできません。

今回のケースでは、申請期間の
最終日が令和7年6月17日の為、
事業主証明は**令和7年6月17日
以降の日付**となります。

【その他のポイント】

- ・賃金台帳や出勤簿は添付不要です。
- ・原則申請書は1～3ページ目を揃えて提出をお願いします。
ただし、退職日以降の期間を申請する場合は3ページ目は不要です。
- ・申請期間後かつ申請期間内に関する賃金が確定している場合は、
締め日を待たずに申請が可能です。

「事業所所在地」、「事業所名称」、
「事業主氏名」、「電話番号」を
必ず記入ください。

照会先

全国健康保険協会 岡山支部
協会けんぽ

〒700-8506
岡山市北区本町6-36
第一セントラルビル8階
TEL：086-803-5780
(代表：自動音声案内①)

<岡山支部HP>

