

# 出産手当金支給申請書の記入のポイント

## ・申請書1ページ目

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。																			
被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号(左づめ) <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/>	1.昭和 2.平成 3.令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日												
	氏名(カタカナ)	・必ず被保険者の氏名および氏名(カナ)両方ご記入ください。 ・氏名をカタカナで登録している(外国語名等)方は両方カタカナ名をご記入ください。 <small>※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、</small>																	
	氏名	※被保険者が亡くなっている場合は申請者の氏名をご記入ください。																	
	郵便番号(ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号(左づめハイフン除く)	<input type="text"/>															
	住所	都 道 府 県																	
振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。																		
	金融機関	振込先指定口座は被保険者(申請者)の口座をご記入ください。 <small>※令和5年1月から、被保険者(申請者)の口座へ振込とする仕様に変更し、受取代理人欄は削除しています。</small>																	
預金種別	<input type="text"/>	口座番号	<input type="text"/>																
<small>ゆうちょ銀行の口座へお振り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。</small>																			
[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。)																			
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. 記入有(印付あり) 2. 記入有(印付なし) 3. 記入無(印付あり)	添付書類	職歴	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備	戸籍(法定代理)	<input type="checkbox"/>	1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付	その他	<input type="checkbox"/>	1. その他(理由)	枚数	<input type="text"/>	交付日付印	<input type="text"/>
6 1 1 1 1 1 0 1																			
全国健康保険協会 協会けんぽ																			
(2023.3) 1/3																			

# 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

被保険者氏名

① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請期間終期は必ず <b>提出日以前の日付まで</b> にしてください。 ※未来日を含めた申請はできません。
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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前 <input type="checkbox"/> 2. 出産後	
③-1 出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	出産予定日及び出産日は医師・助産師の証明と相違ないようにご記入ください。 相違している場合、医師等にご確認の上、訂正してください。
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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
④-1 出生児数	<input type="checkbox"/> 人	出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。
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。	<input type="checkbox"/>	事業所証明(申請書3ページ目)に、申請期間中に支給された賃金が記入されている場合、必ず「1」をご記入ください。 記入されている賃金に誤りがある場合は事業所担当者にご確認の上、訂正してもらってください。
⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	

出産者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(「・」)、手書き点(「・」)は1字としてご記入ください。
出産予定日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
出生児数	<input type="checkbox"/> 人	必ず医師・助産師に証明いただいでください。 母子手帳の写しや、出生証明等の添付書類は証明となりませんのでご注意ください。
死産児数	<input type="checkbox"/> 人	
死産の場合の妊婦氏名	<input type="text"/>	申請を複数回に分けて提出する場合、初回申請時、出産後であり、 予定日・出産日の記載がある場合は2回目以降申請時、証明不要となります。 上記のとおり相違ないことを証明します。
医療施設の所在地	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
医療施設の名称	<input type="text"/>	
医師・助産師の氏名	<input type="text"/>	
電話番号	<input type="text"/>	

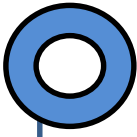
「事業主記入用」は3ページ目に続きます。>>>

6 1 1 2 1 1 0 1



# ・申請書3ページ目-②

## 賃金支給内訳の記入方法について



### 賃金欄に記載必須な例

- ・申請期間中に固定(かつ欠勤控除していない)で支給した手当
- ・申請期間中に取得した有給  
※間をあけて複数取得している場合は連続した期間ごとにご記入ください。



### 賃金欄に記載不要な例

- ・出勤日に対して支給した賃金(固定でない残業代含む)
- ・賃金計算期間に支給した賃金の総額
- ・申請期間中に報酬がない場合(下の例参考)

例)

0	5	0	1	0	1	0	5	0	1	3	1							0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	---

- ・賞与等、一時的に支給した賃金

## 記入例

申請期間: 令和5年1月15日～令和5年1月31日

給与締日: 末日締め

支給した賃金: 通勤手当(10,000円/月) 資格手当(5,000円/月)

有給(9,000円/日) 有給取得日・・・1月13日、1月16～20日、1月23日 場合

①	0	5	0	1	0	1	0	5	0	1	3	1							1	5	0	0	0
②	0	5	0	1	1	6	0	5	0	1	2	0							4	5	0	0	0
③	0	5	0	1	2	3	0	5	0	1	2	3							9	0	0	0	0
④																							
⑤																							

・・・通勤手当と資格手当の合計額

・・・有給(1月16～20日分)

・・・有給(1月23日分)

今回の場合、1月13日分の有給は申請期間外のため記入不要となります。