

# 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。						
記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日			
			1. 昭和 2. 平成 3. 令和			
個人番号 (マイナンバー)			記号・番号をご記入 (印字) された場合は個人番号 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入 (印字) された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)			
氏名 (カタカナ)	被保険者の氏名 (カタカナと漢字の両方) をご記入ください。					
氏名	氏名をカタカナで登録している (外国語名等) 方は、両方ともカタカナ名でご記入ください。					
郵便番号 (ハイフン除く)			電話番号 (左づめハイフン除く)			
住所	郵便番号					
公金受取口座への振込みの希望の有無について必ず記入してください。すの、利用について 2. 希望しない 以下の振込先情報のご記入は不要です。						
(公金受取口座を活用できるのは被保険者だけです)						
下段の振込先情報 (金融機関名や口座番号など) については、公金受取口座への振込みを希望しない場合のみ記入してください						
※ 振込先は被保険者 (申請者) の口座をご記入ください。						
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。						
被保険者・医師・助産師記入用は2ページ目に続きます。>>>						
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)	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)					
添付書類	職歴	戸籍 (法定代理)	口座証明	1. 添付		
6 1 1 1 1 1 0 3	その他	1. その他	枚数			
受付日付印						
(2026.1)						
全国健康保険協会 協会けんぽ						
1 / 3						

## ・申請書2ページ目

健康保険 出産手当金 支給申請書		1 2 3 ページ
被保険者氏名		被保険者・医師・助産師記入用
<b>申請内容</b>		
① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	申請期間終期は必ず <b>提出日以前の日付</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	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ご記入ください。	
③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)	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。	
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。	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。	
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。	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。	
<b>医師・助産師記入欄</b>		
出産者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	
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	母子手帳の写しや、出生証明等の添付書類は証明にはなりませんので ご注意ください。	
死産児数	<input type="checkbox"/> 人	
なお、申請を複数回に分けて行う場合は、 <b>初回申請時において出産後であり、 出産日の記載がある場合は2回目以降の申請時は証明は省略できます。</b>		
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 3		
全国健康保険協会 協会けんぽ		
2 / 3		



## ・申請書3ページ目-②

### 賃金支払い状況の記入方法について

#### 賃金欄に記載必須な例

- ・ 申請期間中に欠勤控除をせず支給した固定的な手当
- ・ 申請期間中に取得した有給分の賃金  
※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	8	0	1	0	1	0	8	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8年1月15日～令和8年1月31日

【給与締め】 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 の場合

①	令和	08	年	01	月	01	日	から	令和	08	年	01	月	31	日			1	5	0	0	0	円
②	令和	08	年	01	月	16	日	から	令和	08	年	01	月	20	日			4	5	0	0	0	円
③	令和	08	年	01	月	23	日	から	令和	08	年	01	月	23	日				9	0	0	0	円
④	令和		年		月		日	から			年		月		日							円	
⑤	令和		年		月		日	から			年		月		日							円	

・・・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。