

健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き

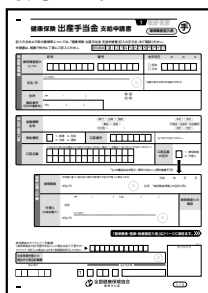
出産のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。

申請書は3ページです。漏れなく正確にご記入ください。

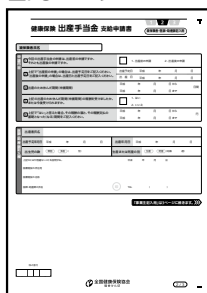
申請者情報、申請内容

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は相続人の方がご記入ください。

1/3ページ



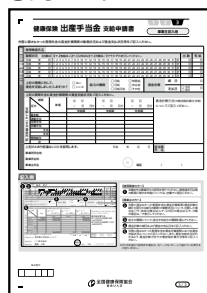
2/3ページ



事業主の証明

事業主に記入を依頼してください。

3/3ページ



添付書類をご用意ください。

支給開始日以前の12か月以内で事業所に変更があった方は、以前の各事業所の名称、所在地及び各事業所に使用されていた期間がわかる書類を添付してください。

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。

(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

※被保険者が亡くなれば、相続人の方が請求する場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の原本を添付してください。

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け取ります)
 *各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

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。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△協
TEL 03(XXX)XXXX

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3 手
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、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

1 被保険者情報

| | | |
|------------------------------------|----|------------------|
| 記号 | 番号 | 生年月日 |
| 21700023 | 21 | 昭和 6111022 平成 |
| 氏名・印 (フリガナ) キョウカイ ハナコ 協会 花子 | | 自署の場合は押印を省略できます。 |
| 住所 (〒144-0052) 東京 大田区△△1-2-3 | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (XXXX)XXXX | | |

3 振込先指定口座

| | | |
|--------|--------------------------|---------------------------|
| 金融機関名称 | 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 |
| 預金種別 | 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知 | 口座番号 7890123 |
| 口座名義 | キョウカイ ハナコ | 口座名義の区分 1 1.被保険者 2.代理人 |

受取代理人の情報

| | | |
|----------------|--------------|-------------------|
| 被保険者 | 氏名・印 | 住所 「被保険者情報」の住所と同じ |
| 代理人 (口座名義人) | 住所 (フリガナ) | 被保険者との関係 |

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

4 被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マインナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者記載欄

様式番号

協会使用欄

交付日付印 (29.7)

全国健康保険協会 協会けんぽ

1/3

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

1 記号・番号は、保険証に記載されています。

2 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

3 ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号をご記入ください。

| | | | |
|--------|--------------------------|---------|-------------------|
| 金融機関名称 | ゆうちょ | 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 |
| 預金種別 | 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知 | 口座番号 | 1234567 |
| 口座名義 | キョウカイ ハナコ | 口座名義の区分 | 1 1.被保険者 2.代理人 |

4 被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。貼付台紙に⑦①どちらも貼付のうえ、申請書に添付してください。

- ⑦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
- 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ① 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
- 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

※行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。


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 **協会 花子**

| | | | | | |
|--|---|---|------------|--------------------|------------------|
| 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。 | 5 | 2 | 1. 出産前の申請 | 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。 | 6 | | 出産予定日 | 平成 29 年 4 月 21 日 |
| | | | | 出産日 | 平成 29 年 4 月 22 日 |
| | 3 出産のため休んだ期間（申請期間） | 7 | | 平成 29 年 3 月 11 日から | 99日間 |
| | | | | 平成 29 年 6 月 17 日まで | |
| 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。 | | 2 | 1. はい | 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。 | | | 平成 年 月 日から | 円 | |
| | | | 平成 年 月 日まで | | |

8

| | | | | | |
|-----------|------------------------------------|--|-----------|---|--|
| 医師・助産師記入欄 | 出産者氏名 | 協会 花子 | | | |
| | 出産予定年月日 | 平成 29 年 4 月 21 日 | 出産年月日 | 平成 29 年 4 月 22 日 | |
| | 出生児の数 | <input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児) | 生産または死産の別 | <input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週) | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 29 年 5 月 15 日 | | | | |
| | 医療施設の所在地 | 東京都大田区〇〇2-3-5 | | | |
| 医療施設の名称 | <input type="radio"/> 総合病院 | | | | |
| 医師・助産師の氏名 | 保険 太郎 |  | TEL | 03 (△△△△)△△△△ | |

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

様式番号
□□□□□□

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

- 5 出産前の申請か出産後の申請かご記入ください。
- 6 出産前の申請の場合、出産予定日のみをご記入ください。出産後の申請の場合、出産日と出産予定日の両方をご記入ください。
- 7 出産のため労務に服さなかった期間とその日数(公休日を含む)をご記入ください。※この申請書は、この箇所に記入した期間が経過する前に提出することはできません。(申請期間が経過した後にご提出ください。)
- 8 医師または助産師に記入いただいでください。記入漏れのないようにお願いします。

出産手当金は、産前分、産後分など複数回に分けて申請することも可能です。ただし、事業主の証明欄については、毎回証明が必要です。なお、医師または助産師の証明欄は1回目の申請が出産後であり、証明によって出産日等が確認できたときは、2回目以降の申請書への証明は省略可能になります。

出産手当金の支給要件等

支給を受ける条件

被保険者が出産のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件すべてを満たした場合は、出産手当金が支給されます。

1 被保険者が出産した(する)こと
(被扶養者の出産は対象外です)

2 妊娠4か月(85日)以上の出産であること
(早産・死産(流産)・人工妊娠中絶も含まれます)

3 出産のため仕事を休み、事業主から給与の支払いがないこと
(短時間でも就労された日については、給与の額を問わず出産手当金は支給されません)

支給額と支給期間

1 支給額

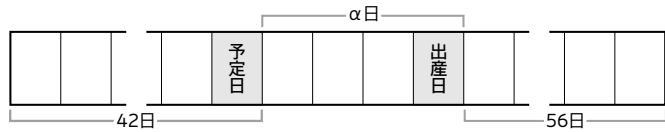
休んだ期間についての給与の支払いがあってもその給与の日額が、出産手当金の日額より少ない場合は、出産手当金と給与の差額が支給されます。

1日当たりの金額:【支給開始日の以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額】(※)÷30日×(2/3)
(支給開始日とは、一番最初に出産手当金が支給された日のことです。)

(※)支給開始日の以前の期間が12か月に満たない場合は、
⑦ 支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額
⑧ 28万円(当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額)
⑦と⑧を比べて少ない方の額を使用して計算します。

2 支給期間

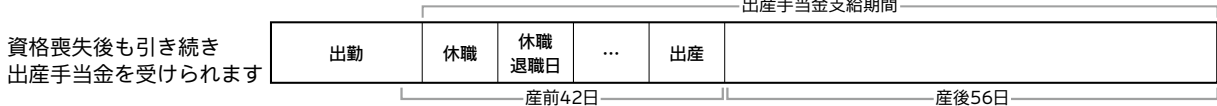
出産手当金は出産日(出産日が出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠は98日)から、出産日後56日までの期間について支給されます。
※実際の出産が予定日より遅れた場合は
42日+α+56日(右図参照)



資格喪失後の出産手当金

被保険者の資格を喪失した日の前日(退職日等)まで被保険者期間が継続して1年以上(任意継続被保険者期間は除く)あり、その被保険者資格を喪失した日の前日に出産手当金を受けているか、もしくは受けられる状態であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

★休職(有給休暇含む)のまま退職した場合(例)



★退職日に出勤した場合(例)



注意: 退職日に出勤した場合は、資格喪失後の出産手当金を受けられません。