

# 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	記号・番号	<div>記号 (左づめ) 番号 (左づめ)</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																生年月日							
	個人番号 (マイナンバー)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																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)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>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。</div>																							
	氏名																	※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、 相続人よりご申請ください。							
	郵便番号 (ハイフン除く)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>						電話番号 (左づめハイフン除く)		<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>															
住所	<div>都 道 府 県</div>																								

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	<div><input type="checkbox"/> 1.希望する 2.希望しない</div>	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は <b>不要</b> です。																		
	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。																				
	金融機関名称	<div>銀行 金庫 信組 農協 漁協</div>										支店名	<div>本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所</div>								
預金種別	<div>1 普通預金</div>										口座番号 (左づめ)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>									

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)	<div><input type="checkbox"/> 1.記入有(添付あり) 2.記入有(添付なし) 3.記入無(添付あり)</div>																		
添付書類	職歴	<div><input type="checkbox"/> 1.添付 2.不備</div>	戸籍 (法定代理)	<div><input type="checkbox"/> 1.添付</div>	口座証明	<div><input type="checkbox"/> 1.添付</div>													
			その他	<div><input type="checkbox"/> 1.その他</div>	(理由)													枚数	<div><div></div><div></div></div>
<div>6 1 1 1 1 1 0 3</div>																			

受付日付印

(2026.1)



全国健康保険協会  
協会けんぽ

1 / 3

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

ページ

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申請内容

① 申請期間  
(出産のために休んだ期間)

令和

年

月

日

から

令和

年

月

日

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。

☐1. 出産前  
2. 出産後③-1  
出産予定日

令和

年

月

日

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

年

月

日

④-1  
出生児数

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

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。☐1. はい  
2. いいえ

➡ ⑤-2へ

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。☐1. はい  
2. いいえ

➡ 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。

医師・助産師による証明

出産者氏名  
(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。

出産予定日

令和

年

月

日

出産年月日

令和

年

月

日

出生児数

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。

死産児数

人

死産の場合の妊娠日数

日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和

年

月

日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号

「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

