

健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き

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。

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、医師・助産師の証明

被保険者が亡くなられている場合は、
相続人の方が申請者としてご記入ください。

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(※1、※2)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

以下に当てはまる場合や、変更があった場合に添付いただくもの。

支給開始日以前の12か月以内で 事業所に変更があつた方	健康保険加入状況等申告書(※3)
被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2) 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。

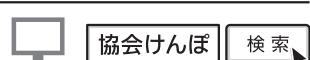
(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

※3) 協会けんぽのホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。)

次ページに記入例があります。 →

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。
※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。





- 申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。[記入見本 0|1|2|3|4|5|6|7|8|9|アイウ]
- 生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。
- 訂正される場合は、訂正箇所を読み取りができないように塗り潰し、欄外に正しい内容をご記入ください。

1 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。

↓
資格情報のお知らせ
21700023 000 21
氏名: 田中 太郎
生年月日: 昭和 61年 1月 22日
被保険者番号: 令和 0年 0月 0日
被保険者番号: 99999999
全国健康保険協会・〇〇支店
資格情報のお知らせ

2 被保険者の生年月日をご記入ください。

3 被保険者のマイナンバーは、**①の記号と番号**が不明の場合のみご記入ください。
被保険者の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。
ⒶⒶの両方を本人確認書類貼付台紙(※)に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

- Ⓐ 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

- Ⓑ 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、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

(※) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人（被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人）が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は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等に定められています。

4 被保険者の氏名と氏名（カタカナ）をご記入ください。なお、被保険者の氏名（カタカナ）は、振込手続き時に使用します。（公金受取口座への振込を希望する場合を除く）

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と氏名（カタカナ）をご記入ください。（住所も同様です。）

1 2 3 ページ **手** **被保険者記入用**

健康保険 出産手当金 支給申請書

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「記入の手引き」をご確認ください。

記号・番号 (左づめ)	1 番号 (左づめ)	2 生年月日		
21700023 21	1.昭和 61 月 22 日	2.平成 61 月 01 日		
個人番号 (マイナンバー)	3	3.令和 月 日		
氏名 (カタカナ)	キヨウカイ タロウ	姓の間は1マス空けてご記入ください。溝点(・)、半溝点(・)は1字としてご記入ください。		
氏名	協会 太郎	※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)	1050000	電話番号 (左づめハイフン除く)	090XXXXXX	
住所	東京 道 港区〇〇 1-1 府県 △△マンション101			

5 公金受取口座の利用について
 1.希望する → 「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不要です。
 2.希望しない

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	○○○○	銀行	支店名	○○○○	本店
預金種別	1 普通預金	金庫	支店	○○○○	支店
	口座番号 (左づめ)	1234567	代理店	出張所	本店営業部
	（代理店）出張所			（本店）支店	（営業部）本所

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、口座番号は部番専用の口座番号(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)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付なし)
添付書類	履歴	<input type="checkbox"/> 1.添付 <input type="checkbox"/> 2.不備
協会使用欄は記入不要です。		戸籍 (法定代理)
6 1 1 1 4 1 0 3	その他	1.その他 (理由)
		枚数

受付日付印

（2026.11）

1 / 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

5 公金受取口座とは？
 給付金などを受け取るための口座として、あらかじめ国（デジタル庁）に登録を行った口座です。
 公金受取口座の登録申請方法はデジタル庁のホームページをご確認ください。
 なお、登録状況はマイナポータルより「おかね」→「公金受取口座」にてご確認いただけます。
 公金受取口座の利用は被保険者本人が請求を行う場合のみ希望することができます。（相続人の方が請求する場合、公金受取口座を利用することはできません。）

6 公金受取口座の利用について「2.希望しない」を記入された方もしくは相続人の方が申請される場合は、被保険者（申請者）名義の口座情報をご記入ください。

※公金受取口座の利用について「1.希望する」を記入された方が誤って口座情報を記入された場合は、公金受取口座へのお振込みを優先させていただきます。

※公金受取口座の利用について「1.希望する」を記入された場合において、公金受取口座の情報を取り扱いなかった場合は書類を返却させていただきますので予めご了承ください。

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）・口座番号をご記入ください。

- 7** 出産のため労務に服さなかった期間(公休日を含む)をご記入ください。
☞本申請書は、申請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 出産前の申請か出産後の申請かご記入ください。

9 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、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。

10 医師または助産師に記入して頂いてください。記入漏れのないようにお願いします。
〔医師・助産師の方へ〕
医師・助産師記入欄を訂正される場合は、訂正箇所を二重線(黒)で抹消し、正しい内容をご記入ください。

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が、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時は、2回目以降の申請書への証明は省略可能になります。

【事業主の方へ】

労務に服さなかった期間(申請期間)の勤務状況、賃金支給状況等を記入ください。

- 11 勤務状況について、出勤した日付を「○」で表示してください。
なお、出勤した日付は、所定労働時間の一部労務に服した日
も含みます。

☞ 有給休暇や公休日の記入は不要です。有給休暇は下段の
①～⑩に支給した日と金額をご記入ください。

- 12)
 - ・出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合には、支給した日と金額をご記入ください。
 - ・出勤していない日に対して支給した報酬等は、有給休暇の賃金・出勤等の有無に関わらず支給している手当（通勤手当・扶養手当・住宅手当等）、食事・住居等の現物支給しているものが該当します。
 - ・支給していない報酬については、支給期間や金額（0円）の記入は不要です。
 - ・残業手当等の出勤した日に対して支給した報酬や、見舞金等の一時的に支給したものとの記入は不要です。
 - ・令和5年10月より年収の壁に対する当面の対応として導入された社会保険適用促進手当等、出産手当金等の支給額算出の基礎となる標準報酬月額の算定に考慮されない報酬については、出産手当金等の調整対象となる報酬には含まれません。

☞通勤手当等の報酬で、一定期間分を一括して支給する場合には、対象期間と金額をご記入ください。

例：10月1日～3月31日の6か月分通勤手当(50,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合

⇒10月1日～3月31日 50,000円
例：3月1日～3月31日の扶養手当(10,000円)を出勤等の有無に
問わらず支給している場合

⇒3月1日～3月31日 10,000円

例：3月14日、15日に有給8,000円ずつ支給した場合

⇒3月14日～3月15日 16,000円

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 協会 花子

① 申請期間 **7** 今期 [06 年 03 月 11 日] から [06 年 06 月 17 日] 休めに休んだ期間

② 今回の出産手当金の申請は **8** [2] 1. 出産前
2. 出産後

③ ④-1 出産予定日 **9** 今期 [06 年 04 月 21 日]

④-2 出産実現日 **9** 今期 [06 年 04 月 22 日]
(通常の申請の場合はご記入ください)

⑤-1 出生児数 **1** 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。

⑤-2 死産児数 **□** 人

⑤-3 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** 1. はい → ⑤-2へ
2. いいえ

⑤-4 受け取った報酬は事業主算明確に記入してください内容のみであります。 **1** 1. はい → 事業主へ確認のうえ、正しい届出を受けてください。
2. いいえ

申請内容

10

出産者氏名 キヨウカイ ハナコ

扶養の申請は(扶養の申請ができない場合)、番号(1)、番号(2)、番号(3)にて記入ください。

出産予定期 今期 [06 年 04 月 21 日]

出産実現日 今期 [06 年 04 月 22 日]

出生児数 **1** 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

死産の場合は妊娠日数 **□□□** 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療機関の所在地 東京都港区○○2-3-4

今期 [06 年 05 月 15 日]

医療機関の名称 ○○総合病院

医師・助産師の氏名 保険 太郎

電話番号 03XXXXXX

6 1 1 1 4 1 0 3

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶

全国健康保険協会
協会会員

2 / 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3 ページ

事業主記入用

労務に貢献しなかった期間(申請期間)の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタナ)	キョウカイ ハナコ
-----------------	-----------

世帯名の間に1文字空けてご記入ください。複数名の場合は、1人ずつでご記入ください。

11

06	03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	○	○	14	15	
06	04	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
06	05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
06	06	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
[]	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
[]	[]	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

12

0	5	0	2	0	1	加	0	5	0	2	2	8	3	0	0	0	0
①	05	10	01	加	06	03	31	日	50	00	00	00	00	00	00	00	00
②	06	03	01	加	06	03	31	日	10	00	00	00	00	00	00	00	00
③	06	03	14	加	06	03	15	日	11	60	00	00	00	00	00	00	00
④	[]	[]	[]	加	[]	[]	[]	日	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
⑤	[]	[]	[]	加	[]	[]	[]	日	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
⑥	[]	[]	[]	加	[]	[]	[]	日	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
⑦	[]	[]	[]	加	[]	[]	[]	日	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
⑧	[]	[]	[]	加	[]	[]	[]	日	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
⑨	[]	[]	[]	加	[]	[]	[]	日	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

上記の勤務状況を確認するための記入欄

事業所所在地 東京都千代田区△△1-1

事業所名称 ○○株式会社

事業主氏名 健保 三郎

電話番号 03XXXXXXXXXX

6 1 1 2 4 1 0 3

小計 [] 06 年 07 月 10 日

3 / 3

注1)申請時の事務効率化のため、出勤簿や賃金台帳の写し等の書類は、添付しないでください。
注2)訂正される場合は、訂正箇所を読み取りができないように塗り潰し、欄外に正しく内容を記入してください。

次ページに出産手当金の支給要件等について案内があります。 →

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

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、その差額が支給されます。(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

1日当たりの金額：【支給開始日以前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。)

(※)支給開始日以前の期間が12か月に満たない場合は、②と①を比べて少ない方の額を使用して計算します。

② 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

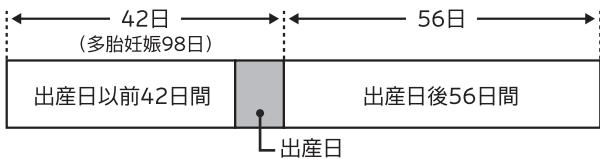
① 当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額

(支給開始日が令和7年3月31日以前の場合は、30万円、令和7年4月1日以降の場合32万円)

② 支給期間

■出産予定日に出産した場合

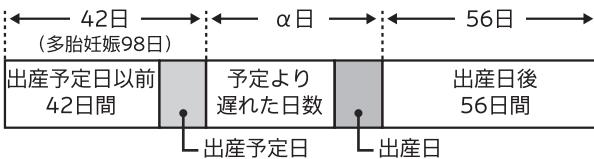
出産予定日より早く出産した場合



$$\text{支給期間} = \boxed{42\text{日}}_{(\text{多胎妊娠98日})} + \boxed{56\text{日}}$$

■出産予定日より遅れて出産した場合

出産予定日より遅れて出産した場合



$$\text{支給期間} = \boxed{42\text{日}}_{(\text{多胎妊娠98日})} + \boxed{\alpha\text{日}} + \boxed{56\text{日}}$$

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、共済組合の組合員であった期間、国民健康保険に加入していた期間を除く)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)

資格喪失後も引き続き出産手当金を受けられます	出産手当金支給期間					
	出勤	休職	休職 退職日	…	出産	
						出産日以前42日 出産日後56日

★退職日に出勤した場合(例)

資格喪失後の出産手当金を受けられません	出産手当金支給期間				
	出勤	出勤 退職日	…	出産	
					出産日以前42日 出産日後56日

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。

申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日(消滅時効の起算日)から2年で時効になります。
出産手当金の消滅時効の起算日は、出産のため労務に服さなかつた日ごとにその翌日となります。