

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	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	個人番号 (マイナンバー)			1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
	氏名 (カタカナ)	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	※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)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
住所	都 道 府 県			

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない	「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。
	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 金庫 信組 農協 漁協	支店名
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	

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)	<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)	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
6 1 1 1 1 1 0 3				その他	<input type="checkbox"/> 1. その他	(理由)	枚数

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。

医療施設の所在地

令和

年

月

日

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

