

申請書の構成 (1/1)

健康保険 出産手当金 支給申請書 1 ページ **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。

被保険者証 記号(左づから) 番号(左づから) 生年月日	氏名 (カタカナ) 姓よみの間は「X」で入力してください(漢字・1. 半角カナ) ※1字ずつで入力ください。	
氏名 (漢字) 姓よみの間は「X」で入力してください(漢字・1. 半角カナ) ※1字ずつで入力ください。	郵便番号 (ハイフン付)	電話番号 (左づからハイフン付)
住所	支店名	口座番号 (左づから)

振込先口座は、上記申請書様式と同じ名称の口座をご指定ください。

振込先口座 金融機関名称	銀行 金融 信組 農協 漁協	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店支那 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づから)	

※1. 申請書の記入欄に「X」で入力してください(漢字・1. 半角カナ) ※1字ずつで入力ください。
※2. 申請書の記入欄に「X」で入力してください(漢字・1. 半角カナ) ※1字ずつで入力ください。

社会保険労務士の
提出代行者記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN登録 (被保険者)	1. 記入 (漢字) 2. 記入 (漢字) 3. 記入 (漢字)	発行日印
添付書類	職歴 1. あり 2. 無し 戸籍 (法定代理) 1. あり 2. 無し 口座証明 1. あり 2. 無し	

6 1 1 1 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ (1/3)

1 ページ目 被保険者記入欄
(被保険者情報、振込先口座)

健康保険 出産手当金 支給申請書 2 ページ **被保険者・医師・助産師記入用**

被保険者氏名

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

① 申請内容
①-1 出産予定日 令和 年 月 日
①-2 出産年月日 令和 年 月 日

② 出産回数
②-1 出生回数 人 出産前の申請の場合、予定の出生回数をご記入ください。
②-2 死産回数 人

③ 申請理由
③-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に期間を延長しましたか。 1. はい 2. いいえ
③-2 受けた報酬は事業主記録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、正しい説明を受けてください)

申請者氏名
(カタカナ)
姓よみの間は「X」で入力してください(漢字・1. 半角カナ) ※1字ずつで入力ください。

出産予定日 令和 年 月 日

出産年月日 令和 年 月 日

出生回数 人 出産前の申請の場合、予定の出生回数をご記入ください。

死産回数 人

児童の場合の経産日数 日

上記のとおり間違いないことを証明します。 令和 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師・助産師の氏名
電話番号

6 1 1 2 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ (2/3)

2 ページ目
上部 被保険者記入欄 (申請内容)
下部 医師・助産師記入欄

健康保険 出産手当金 支給申請書 3 ページ **事業主記入用**

被保険者氏名
(カタカナ)
姓よみの間は「X」で入力してください(漢字・1. 半角カナ) ※1字ずつで入力ください。

勤務状況
2ページの申請期間のうち、出勤した日付を「○」で記入してください(毎1日/月) ※1日/月については出勤の有無に関わらず記入ください。

出勤状況	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.
出勤状況	16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.
出勤状況	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.
出勤状況	16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.
出勤状況	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.
出勤状況	16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.

2ページ申請期間のうち、出勤していない日(土日祝日)を除いた日(出勤の有無に関わらず)について、報酬(給与)を支払った日付を「○」で記入してください(毎1日/月) ※1日/月については出勤の有無に関わらず記入ください。
※1. 申請書の記入欄に「X」で入力してください(漢字・1. 半角カナ) ※1字ずつで入力ください。

別 0 5 0 2 0 1 0 5 0 2 2 8 3 0 0 0 0 0

事業主氏名
(カタカナ)
姓よみの間は「X」で入力してください(漢字・1. 半角カナ) ※1字ずつで入力ください。

事業主住所
事業主名称
事業主氏名
電話番号

6 1 1 3 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ (3/3)

3 ページ目 事業所記入欄