

出産手当金支給申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

1ページ目: 本人記入欄

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。誤記入がある場合には、修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

健康保険 出産手当金 支給申請書

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」を申請書は、楷書で特内に丁寧に記入ください。

記入見本 0123456789アイウ

生年月日は正確に記入してください。

被保険者情報

健康保険被保険者証 (左づめ) 記号 21700023 番号 21 生年月日 2010510

氏名・印 (フリガナ) 花子 協会 印

住所 〒 2400000 神奈川県 横浜市 〇〇区 〇〇町 1-1

電話番号 (日中の連絡先) TEL 045XXXXXX

振込先指定口座

金融機関名称 ゆうちょ 銀行 〇三八 〇三八 (本店) (支店) (支所) (支所)

預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 口座番号 2345678

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

受取代理人の欄

被保険者 氏名・印 印

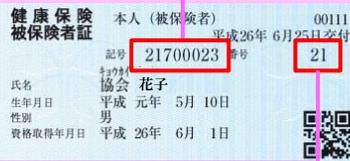
代理人 (口座名義人) 住所 (フリガナ) 氏名・印 印

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 印

611169 1

【被保険者・医師・助産師記入用】は2ページに続きます



記号番号は保険証に記載の記号番号を正確に記入してください。(退職等して資格喪失されている方につきましては、資格喪失前の記号番号を記入してください。)

振込先指定口座は漏れなく記入して下さい。特に預金種別、口座名義区分の記入漏れが多くなっております。

ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名は漢数字三ケタ(〇三八など)で記入してください。〇〇郵便局などの地名を記入の場合は不備となり、申請書をお返しすることになりますので、ご注意ください。

被保険者(申請者)と異なる方が受取代理人となる場合は、受取代理人の欄につきましても記入してください。(被保険者名と代理人名のそれぞれ^の署名押印が必要です。)
※法人名ではなく、個人の氏名の記入が必要です。



マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】
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、被保険者情報の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。(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記入してください。
※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。
★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

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

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。 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。

出産予定日 年 月 日
 出産日 年 月 日

③ 出産のため休んだ期間(申請期間)

年 月 日 から 日
 年 月 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。 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。

年 月 日 から 年 月 日 まで 円

医師・助産師記入欄

出産者氏名

出産予定年月日 年 月 日
 出産年月日 年 月 日

出生児の数 1. 単胎 2. 多胎 (児)
 生産または死産の別 1. 生産 2. 死産 (妊娠 週)

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療施設の所在地 年 月 日

医療施設の名称

医師・助産師の氏名 印 電話番号 ※ハイフン除く

「専業主記入用紙は3ページに続きます。」>>>

様式番号

全国健康保険協会 協会けんぽ 2/3

申請期間は**必ず漏れなく記入**してください。

～日間の日数は公休日や土日を含めた日数を記入してください。(未記入や日数が1日多い少ないなど誤りが多い箇所です。)

未来日の申請をすることはできません。申請期間を含む給与の締日が経過してからして申請をしてください。

出産後の証明の場合は、**全ての欄を漏れなく医師または助産師に記入**してもらってください。(単胎・多胎、生産・死産についても漏れなく記入してもらうことが**必要**です。)

※ 出産前の申請の場合は、出産予定年月日の証明で申請ができます。その場合は、出産後の申請の際に出産年月日の証明が必要となりますので、再度の証明が必要となります。

※ 複数回に分けて申請をする場合、一度、出産予定年月日、出産年月日の証明を受けていただければ、2回目以降は医師・助産師の証明は省略可能となります。

【別添】

被保険者氏名	氏名	性別	生年月日	加入期間
氏名	氏名	性別	生年月日	加入期間
1. 任意継続の被保険者	氏名	性別	生年月日	加入期間
2. 任意継続の被保険者	氏名	性別	生年月日	加入期間
3. 任意継続の被保険者	氏名	性別	生年月日	加入期間
4. 任意継続の被保険者	氏名	性別	生年月日	加入期間
5. 任意継続の被保険者	氏名	性別	生年月日	加入期間
6. 任意継続の被保険者	氏名	性別	生年月日	加入期間

- ① 支給開始日以前の12ヶ月以内で勤務先が変更した場合
 - ② 定年再雇用などで保険証の記号番号が変更した場合
 - ③ 任意継続の被保険者での加入期間がある場合
- の方は下の用紙を添付願います。
- 全国健康保険協会に加入していた期間に限ります。(ただし、健康保険組合が解散等をして、その権利義務が全国健康保険協会に承継されたときは、健康保険組合の期間も含まれます。)

こちらの別添の用紙は、出産手当金支給申請書ダウンロードページの「添付書類はこちら」からダウンロードすることができます。

3ページ目:事業主記入欄 (時間給者の場合)

賃金の単価を記入してください。(月単位の支給の場合は、月あたりの単価を記入してください。時間単位の支給の場合は、時間あたりの単価を記入してください。)

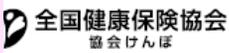
勤務状況・支給した賃金内訳は**申請期間を含む締日から締日までで記入**したうえで、**給与の締日以降に提出**してください。

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名 協会 花子		勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。		出勤	有給																	
1.平成 2.令和	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	8	0			
1	3	1	0	3	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	計	0	0			
2	0	1	0	5	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	計	0	0			
2	0	1	0	6	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	計	10	0			
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計		
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input checked="" type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	31	支払日	2	1.当月 2.翌月	16											
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。																						
期間		03月01日~	06月01日~																			
区分	半価	03月31日分	06月30日分																			
		支給額	支給額																			
基本給	10000	64000	80000																			
通勤手当	20000	20000	20000																			
住居手当																						
手当																						
手当																						
現物給与																						
合計		84000	100000																			
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																						
3月分 1,000×8H×8日=64,000 6月分 1,000×8H×10日=80,000												通勤手当は控除なし										
												担当者氏名 健康 花子										
上記のとおり相違ないことを証明します。												年 月 日										
事業所所在地	神奈川県横浜市○○区△-△											2 1.平成 010716 2.令和										
事業所名称	○○株式会社											電話番号 ※ハイファン除く 045××××××××										
事業主氏名	健康 三郎											事業主印										

締日が月末の場合は、末日が28日や、30日であっても、「31日」と記入してください。

時間給などの計算方法は具体的に記入してください。



本記入の手引きは、法改正や書式変更があった際は随時更新されます。最新版の記入の手引きは左の二次元コードの読み取り、もしくは支部ホームページをご確認ください。

