

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ください。

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

※(枝番)の記載は不要です

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。

記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
記号・番号	1 0 1 0 1 0 1 1	2 0 6 1 0 1 2
氏名(カタカナ)	キョウガイ ハナコ	
氏名	協会 花子	
郵便番号(ハイフン除く)	電話番号(左づめハイフン除く)	
9 8 1 〇〇〇〇	0 2 2 x x x x x x x	
住所	宮城 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1	

資格情報のお知らせ

記号	1010101	番号	1	枝番	00
氏名	キョウガイ ハナコ				
氏名	協会 花子				
生年月日	平成6年10月12日				
資格取得年月日	平成30年11月1日				
保険者番号	01040013				
保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部				

記号番号・氏名(カタカナ)は、資格情報のお知らせ等に記載されている記号番号・氏名を正確にご記入ください。(資格喪失された方は、資格喪失前の記号番号を記入ください。)

氏名(カタカナ)は、口座名義名として使用されます。

※資格情報のお知らせに記載された氏名と口座名義が違ふ場合、①②の対応必須

①振込先指定口座欄の下に赤字で「口座名義名が異なります」と記入



②申請書に下記書類を添付

- ・同一人物と確認できる書類(運転免許証など)
- ・預金通帳の写し(支店名・口座番号・口座名義記載ページ)

お振込先は原則、「被保険者ご本人様のみ」

事業主様やご家族様の口座へのお振込みはできません。被保険者(申請者)様の口座情報をご記入ください。

振込先指定口座は漏れなく記入ください。

※ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名と口座番号にご注意ください。



振込先指定口座

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

金融機関名称	ゆうちょ	支店名	二三八
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	2 3 4 5 6 7 8

被保険者・医師・助産師記入用は2ページ目に続きます。▶▶▶

被保険者の記号・番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

【社会保険労務士様へ】
申請書の提出代行をされる際は、提出代行者名記載欄に「提出代行印」の他に「**社労士事務所の住所**」を必ず記入いただきますようお願いいたします。
※住所の記載が無い場合、不備等の返戻は**被保険者本人へ直接返却**となりますのでご了承ください。

【マイナンバー記載欄】
被保険者証の記号・番号を記入いただければ、**マイナンバーの記入は不要です**。
※本人確認書類等も不要です。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】
相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の「記号・番号」「生年月日」は被保険者の情報を記入いただき、被保険者情報の「氏名(カナ)」「氏名」「住所」「振込先指定口座」は相続人の方の情報を記入ください。
※ 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。

<図で解説>



2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ください。

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

申請書2ページ目「医師・助産師による証明」は必ず**医療機関様に記入**いただけてください。
ご自身で記入したものは受付できませんのでご注意ください。

申請期間は必ず記入ください。
※未来日の申請はできません。

出産前の申請の場合は「**1**」を
出産後の申請の場合は「**2**」を
記入ください。

出産予定日、出産日、出産児数は必ず記入ください。
※医師・助産師による証明と同じ
内容を記入ください。

・報酬を受けていない場合は
⑤-1のみ「2」と記入ください。

・報酬を受けている場合は
⑤-1.2の両方に「1」と記入ください。
※①-2に誤って「2」と記入する
ケースが多いです。
※正しい証明ではない場合は、
事業主様にご確認ください。

**出産者氏名を必ずカナ氏名にて
記入**ください。

**出産予定日、出産日、出産児数を
必ず記入**ください。

＜医師・助産師の証明について＞

・**出産前に申請する場合**
出産年月日の証明がなくても出産予定
日の証明があれば申請できます。
(出産後の申請の際に、出産年月日の
証明を必ず受けてください。)

・**複数回に分けて申請をする場合**
出産日・出産予定日それぞれの証明が
記載された申請書を一度提出いただけ
れば、**次回以降省略可能**です。

医療機関証明日は**出産日以降の日付**を
記入ください。
※未来日の証明はできません。
※ただし、出産前の申請の場合は出産
予定日以降の日付を記入ください。

今回のケースでは、出産日が令和6
年12月16日の為、医療機関証明日は
令和6年12月16日以降の日付とな
ります。

「**医療機関所在地**」、
「**医療機関名称**」、
「**医師氏名**」、「**電話番号**」を
必ず記入ください。

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者氏名 協会 花子

申請期間 (出産のために休んだ期間) 令和 06 年 11 月 04 日 から 令和 07 年 02 月 10 日

① 今月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。 2 1. 出産前
2. 出産後

②-1 出産予定日 令和 06 年 12 月 15 日

②-2 出産年月日 (出産後の申請の場合は記入ください。) 令和 06 年 12 月 16 日

③-1 出生児数 1 人

③-2 死産児数 0 人

④-1 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 1. はい → ⑤-2へ
2. いいえ

④-2 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 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。

出産者氏名 (カタカナ) キョウカイ ハナコ

出産予定日 令和 06 年 12 月 15 日

出産年月日 令和 06 年 12 月 16 日

出生児数 1 人

死産児数 0 人

死産の場合の妊娠日数

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 〒123-4567 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 令和 06 年 12 月 20 日

医療機関の名称 〇〇総合病院

医師・助産師の氏名 〇〇 〇〇

電話番号 022-000-0000

6 1 1 2 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 / 3

申請月までの12か月以内に下記の①～③のいずれかに
当てはまる場合は下記用紙を記入の上、添付ください。

- 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

※対象となるのは全国健康保険協会に加入していた
期間に限ります。

→当用紙は、こちらより印刷できます。

<用紙>



<記入例>



3ページ目:事業主記入欄

※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。
ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

被保険者氏名を必ずカナ氏名にて記入ください。

出勤の有無に関わらず、**申請期間を含む年月を必ず記入**ください。

申請期間内で**出勤した日のみに「○」を記入**ください。
早退の場合は該当する日付に「早」と記入してください。
旧様式で記入していた欠勤「/」、公休日「公」、有給「△」等の表記は不要です。
※有給取得の日は報酬として①～⑩に記入ください。

申請期間内で**出勤していない日に支給した報酬のみ記入**ください。
・欠勤控除していない各種手当
・申請期間内に取得した有給の「期間」、「金額」の記入が必要です。
※報酬0円に関する記入は不要です。
※旧様式で記入していた基本給、給与計算式は記入不要です。
※手当の名称も記入不要です。

← (記入例)
・給与未締め
・通勤手当を11月のみ1万円支給(控除されていない場合)

事業主証明日は**申請期間(至)以降、かつ提出する日以前の日付**を記入ください。
※未来日の証明はできません。

今回のケースでは、申請期間が令和7年2月10日までのため、事業主証明は**令和7年2月10日以降の日付**となります。
(申請期間後かつ申請期間内に関する賃金が確定している場合は、締日を待たずに申請が可能です。)

具体例はこちらよりご確認ください。



左記の申請書2ページ目の申請期間内について事業主証明を記入ください。

申請期間

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

労務に履さなかった期間(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 (カタカナ) **キョウカイ ハナコ**

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7月については出勤の有無に関わらずご記入ください。

06	11	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
06	12																															
07	01																															
07	02																															

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記○)で賃金支払日以外の日に對して、報酬等(※)を支払った日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
※有給休暇等の賃金、出勤率の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、賞与・各種手当等を記入しているもの等

月	0	5	0	2	0	1	0	5	0	2	月	2	8	3	0	0	0	0	0
①	0	6	1	1	0	1	0	6	1	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0

事業主証明日(※) **07 02 20**

事業主所在地 〒123-4567 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業主名称 株式会社 〇〇

事業主氏名 〇 〇〇

電話番号 022-000-0000

6 1 1 3 1 1 0 1

「事業所所在地」、「事業所名称」、「事業主氏名」、「電話番号」を必ず記入ください。

【その他のポイント】

- ・賃金台帳や出勤簿は添付不要です。
- ・原則申請書は1～3ページ目を揃えて提出をお願いします。ただし、退職日以降の期間を申請する場合は3ページ目は不要です。

照会先

全国健康保険協会 宮城支部
協会けんぽ

〒980-8561
仙台市青葉区中央4-4-19
アーバンネット仙台中央ビル14階
TEL : 022-714-6850 (代表)

