

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。

健康保険 出産手当金 支給申請書

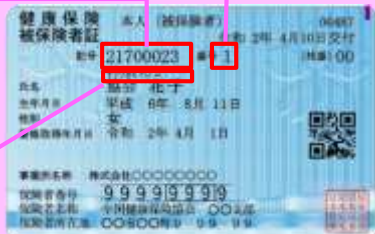
1 2 3 ページ 手

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ざいます。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(左づめ)	番号(右づめ)	生年月日
2 1 7 0 0 0 2 3	1	2 06 08 11
氏名 (カタカナ)	キョウカイ 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 0 0 0 0	0 2 2 x x x x x x	
住所	山梨 甲府市 〇〇町 1-1	

※(枝番)の記載は不要です



記号番号・氏名(カタカナ)は、**保険証に記載された記号番号・氏名**を、正確に記入ください。

(退職等で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。)

➢ 支給決定通知書上部()内の数字が(記号-番号)です。

氏名(カタカナ)は、口座名義名として使用されます。

※保険証に記載された氏名と口座名義が違う場合、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。



振込先指定口座は、上記申請書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

被保険者証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

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)

1. 記入済 (提出済)
2. 記入済 (提出済)
3. 記入済 (提出済)

【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「被保険者証の記号番号」「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**
①-1のみ「**2**」と記入ください。
・**報酬を受けている場合は**
①-1.2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5
年4月22日の為、医療機関証明日は
令和5年4月22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

協会 花子

申請期間 (出産のために休んだ期間) 令和 05 年 03 月 11 日 から 令和 05 年 06 月 17 日

② 1. 出産前 2. 出産後

③-1 出産予定日 令和 05 年 04 月 21 日

③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合は記入ください) 令和 05 年 04 月 22 日

④-1 出生児数 1 人

④-2 死産児数 0 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 受けた報酬は事業主説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

出産者氏名 (カタカナ) キョウカイ ハナコ

出産予定日 令和 05 年 04 月 21 日

出産年月日 令和 05 年 04 月 22 日

出生児数 1 人

死産児数 0 人

医療機関の所在地 〒123-4567 甲府市〇〇町〇-〇-〇

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 055-000-0000

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。(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みます。)

→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。

申請期間

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。

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3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、
郵送する日以前の日**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、申請期間の
最終日が令和5年6月17日の為、
事業主証明は**令和5年6月17日
以降の日付**となります。

「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。

具体例はこちらより
ご確認ください。



【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。
- ・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、
締め日を待たずに申請が可能です。

照会先



全国健康保険協会 山梨支部
協会けんぽ

〒400-8559

甲府市丸の内3-32-12

甲府ニッセイスクイビル4階

TEL : 055-220-7750 (代表)