

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	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日										
	個人番号 (マイナンバー)																	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 (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。					
	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	☐ 1. 希望する 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前にマイナポータル等にて公金受取口座として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	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所								
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)	☐ 1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	添付書類	職歴	☐ 1. 添付 2. 不備	戸籍 (法定代理)	☐ 1. 添付	口座証明	☐ 1. 添付	その他	☐ 1. その他	枚数	
6 1 1 1 1 1 0 3												

受付日付印

(2026.3)

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 ➡ ⑤-2へ ☐ 2. いいえ
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

