

健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き

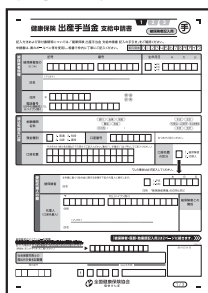
出産のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。

申請書は3ページです。漏れなく正確にご記入ください。

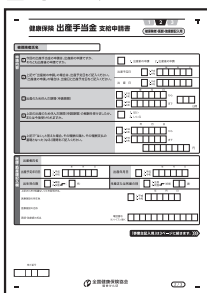
申請者情報、申請内容

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は
相続人の方がご記入ください。

1/3ページ



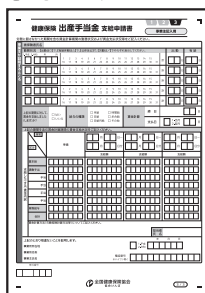
2/3ページ



事業主の証明

事業主に記入を
依頼してください。

3/3ページ



添付書類をご用意ください。

以下に当てはまる場合や、変更があった場合に添付いただくもの。(コピーと指定していないものは、原本が必要です。)

支給開始日以前の12か月以内で 事業所に変更があった方	以前の各事業所の名称、所在地及び各事業所に使用されていた 期間がわかる書類
被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

次ページに記入例があります。➡

ご提出・お問い合わせ先

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます)
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

1ページ

1 記号番号は、保険証に記載されています。



2 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、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です)
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者記入用

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」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入してください。

記入見本 01123456789アイウ

被保険者情報	記号 21700023	番号 21	生年月日 1 昭和 61 10 22 2. 平成 3. 令和
氏名	(フリガナ) キョウカイ ハナコ 2 協会 花子		
住所	〒 1440052 東京 大田区△△1-2-3 電話番 (日中の連絡先) TEL 03XXXXXX		

振込先指定口座	金融機関 名称 3 ○○○○ 銀行 金庫 信託 農協 漁協 その他 ()	預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 7890123	左づめで記入ください。
口座名義	マカタン(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。)		口座名義の区分 1 1. 被保険者 2. 代理人	

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者 氏名 住所 「被保険者情報」の住所と同じ	代理人 (口座名義人) 氏名 住所 (フリガナ)	被保険者との関係
---------	---------------------------------	--------------------------------------	----------

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者記載欄	様式番号 1	協会使用欄	受付日付印 (2021.6)
----------------------	-----------	-------	-------------------

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 3

3 ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。

金融機関 名称 ゆうちょ	本店 支店 本店 支店	本店 支店 本店 支店
預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1234567	左づめで記入ください。
口座名義 マカタン(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。)	口座名義の区分 1 1. 被保険者 2. 代理人	

4 被保険者の記号番号がご不明な場合のみ被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(①の記号番号を記入している場合は、記入不要です。)

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。※1 貼付台紙※2 に ⑦ ① どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦ 身元確認を行うための書類 (いずれか1点)

- 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、
その他官公署が発する写真付き身分証明書のコピー

① 番号確認を行うための書類 (いずれか1点)

- 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号の通知カードのコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、
被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 協会けんぽのホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合は協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。)

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 協会 花子

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。	⑤ 2	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。	⑥	出産予定日 2 1.平成 03 04 21 出 産 日 2 1.平成 03 04 22
	③ 出産のため休んだ期間(申請期間)	⑦	2 1.平成 03 03 11 から 99 2 1.平成 03 06 17 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。	2	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。		1.平成 03 04 21 から 03 04 22 2.平成 03 04 21 から 03 04 22

医師・助産師記入欄	⑧ 出産者氏名	協会 花子
	出産予定年月日	2 1.平成 03 04 21
	出産年月日	2 1.平成 03 04 22
	出生児の数	1 1.単胎 2.多胎 (児)
	生産または死産の別	1 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	東京都大田区〇〇2-3-5	2 1.平成 03 05 15
医療施設の名称	〇〇総合病院	
医師・助産師の氏名	保険 太郎	電話番号 ※ハイフン除く 03△△△△△△△△△△

「事業主記入用」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

5 出産前の申請か出産後の申請かご記入ください。

6 出産前の申請の場合、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。7 出産のため労務に服さなかった期間とその日数(公休日を含む)をご記入ください。
※この申請書は、この箇所に記入した期間が経過する前に提出することはできません。
(申請期間が経過した後にご提出ください。)

8 医師または助産師に記入して頂いて下さい。記入漏れのないようにお願いします。

〔医師・助産師の方へ〕

医師・助産師記入欄を訂正される場合は、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。

出産手当金は、産前分、産後分など複数回に分けて申請することも可能です。ただし、事業主の証明欄については、毎回証明が必要です。

なお、医師または助産師の証明欄は1回目の申請が出産後であり、証明によって出産日等が確認できたときは、2回目以降の申請書への証明は省略可能になります。

出産手当金の支給要件等

支給を受ける条件

被保険者が出産のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件すべてを満たした場合は、出産手当金が支給されます。

1 被保険者が出産した(する)こと
(被扶養者の出産は対象外です。)

2 妊娠4か月(85日)以上の出産であること
(早産・死産(流産)・人工妊娠中絶も含まれます。)

3 出産のため仕事を休み、事業主から給与の支払いがないこと
(短時間でも就労された日については、給与の額を問わず出産手当金は支給されません。)

支給額と支給期間

1 支給額

休んだ期間についての給与の支払いがあってもその給与の日額が、出産手当金の日額より少ない場合は、出産手当金と給与の差額が支給されます。

1日当たりの金額:【支給開始日以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額】(※1)÷30日×(2/3)
(支給開始日とは、一番最初に出産手当金が支給された日のことです。)

(※1) 支給開始日以前の期間が12か月に満たない場合は、㊦と㊧を比べて少ない方の額を使用して計算します。

㊦ 支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額

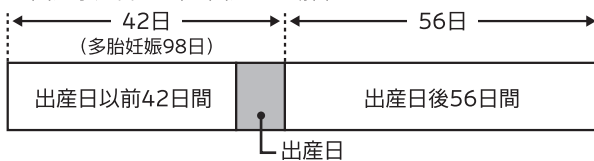
㊧ 30万円(※2)

(※2) 当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額

2 支給期間

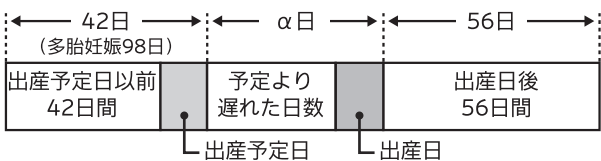
■ 出産予定日に出産した場合

出産予定日より早く出産した場合



$$\text{支給期間} = 42\text{日 (多胎妊娠98日)} + 56\text{日}$$

■ 出産予定日より遅れて出産した場合



$$\text{支給期間} = 42\text{日 (多胎妊娠98日)} + \alpha\text{日} + 56\text{日}$$

資格喪失後の出産手当金

被保険者の資格を喪失した日の前日(退職日等)まで被保険者期間が継続して1年以上(任意継続被保険者期間は除く)あり、その被保険者資格を喪失した日の前日に出産手当金を受けているか、もしくは受けられる状態であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

★ 休職(有給休暇含む)のまま退職した場合(例)

資格喪失後も引き続き
出産手当金を受けられます



★ 退職日に出勤した場合(例)

資格喪失後の
出産手当金を受けられません



注意: 退職日に出勤した場合は、資格喪失後の出産手当金を受けられません。