

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
	個人番号 (マイナンバー)			1. 昭和 2. 平成 3. 令和
	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
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
(2026.6)



全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 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

全国健康保険協会
協会けんぽ

2 / 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服さなかった期間(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。記入方法は「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者氏名 (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。																												
	勤務状況 申請期間のうち、出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。																												
	令和			年			月		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮						
									⑯	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲
	令和			年			月		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮						
								⑯	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	
令和			年			月		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮							
								⑯	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	
令和			年			月		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮							
								⑯	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	
令和			年			月		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮							
								⑯	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	
申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。 ※有給休暇の場合の賃金、出勤等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)、食事・住居等現物支給しているもの等																													
例	令和	0	5	年	0	2	月	0	1	日	から	0	5	年	0	2	月	2	8	日		3	0	0	0	0	0	円	
①	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
②	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
③	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
④	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
⑤	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
⑥	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
⑦	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
⑧	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
⑨	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
⑩	令和			年			月			日	から			年			月			日								円	
上記のとおり相違ないことを証明します。																													
事業所所在地 令和 年 月 日																													
事業所名称																													
事業主氏名																													
電話番号																													

事業主が証明するところ

6	1	1	3	1	1	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

記入方法については、「記入の手引き」
をご確認ください。

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																											

6 1 1 2 1 1 0 3

⑤

全国健康保険協会
協会けんぽ

委任状

(代理人)

社会保険労務士事務所所在地	名古屋市昭和区塩付通3丁目1番地の5 サンマンション御器所802号
社会保険労務士事務所名称	ごきそ社会保険労務士事務所
社会保険労務士氏名	奈尾 昌幸
電話番号	090-2142-4166 (052-838-6947)

私は上記の者を代理人に選定し、次の事項に関する手続の権限を委任します。

この委任状をもって、電子申請により以下の届書等を全国健康保険協会へ提出すること。

(届書名)
出産手当金支給申請書

令和 年 月 日

(委任者)

被保険者住所

被保険者氏名 _____

委任状

(代理人)

社会保険労務士事務所所在地 _____

社会保険労務士事務所名称 _____
社会保険労務士氏名 _____
電話番号 _____

私は上記の者を代理人に選定し、次の事項に関する手続の権限を委任します。

この委任状をもって、電子申請により以下の届書等を全国健康保険協会へ提出すること。

(届書名)
出産手当金支給申請書

令和 年 月 日

(委任者)

被保険者住所

被保険者氏名 _____