

健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き

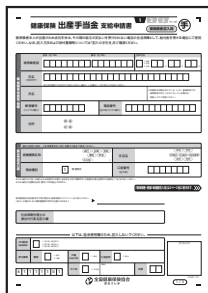
被保険者本人が出産のため会社を休み、その間の給与の支払いを受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。

申請書は3ページです。漏れなく正確にご記入ください。

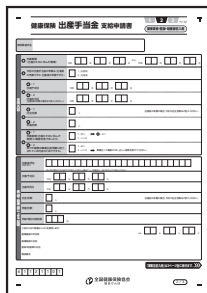
申請者情報、申請内容、医師・助産師の証明

被保険者が亡くなっている場合は、
相続人の方が申請者としてご記入ください。

1/3ページ



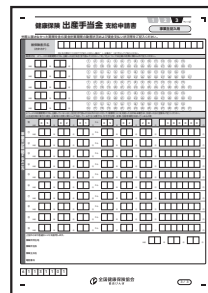
2/3ページ



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(※1)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

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。

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(※3)
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

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2) 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。)

※3) 協会けんぽのホームページから印刷できます。(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。)

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

被保険者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、協会けんぽのホームページをご覧ください。



協会けんぽ


検索

記入例 出産手当金 支給申請書

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。[記入見本 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | ア | イ | ウ]
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1 被保険者証に記載されている記号と番号をご記入ください。

※枝番は記入不要です。
※退職後の申請の場合は、在職時の記号と番号をご記入ください。



2 被保険者の生年月日をご記入ください。

3 被保険者の氏名と氏名(カタカナ)をご記入ください。なお、被保険者の氏名(カタカナ)は、振込手続き時に使用します。

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と氏名(カタカナ)をご記入ください。(住所も同様です。)

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。

被保険者証	記号(左づめ) 2170002321	番号(左づめ)	生年月日 1610122
氏名(カタカナ)	キョウカイ ハナコ		
氏名	協会 花子		
郵便番号	1050000	電話番号	090XXXXXX
住所	東京 港区 1-1 〇〇マンション101		

金融機関名称	〇〇〇〇	支店名	〇〇〇〇
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	1234567

5 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
添付書類	履歴 <input type="checkbox"/>	戸籍 <input type="checkbox"/>	口座証明 <input type="checkbox"/>
協会使用欄は記入不要です。			

全国健康保険協会 協会けんぽ

4 被保険者(申請者)名義の口座情報をご記入ください。

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)・口座番号をご記入ください。



5 被保険者のマイナンバーは、被保険者証の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。なお、被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です(※1)。本人確認書類貼付台紙(※2)に、⑦①の両方を貼付のうえ、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、その他官公署が発行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、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でダウンロードすることができます。

6 出産のため労務に服さなかった期間(公休日を含む)をご記入ください。
 ☑本申請書は、申請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。)

7 出産前の申請か出産後の申請かをご記入ください。

8 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。

9 医師または助産師に記入して頂いてください。記入漏れのないようお願いします。
 [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が、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時は、2回目以降の申請書への証明は省略可能になります。

【事業主の方へ】
 労務に服することができなかった期間(申請期間)の勤務状況、賃金支給状況等をご記入ください。

10 勤務状況について、出勤した日付を「○」で表示してください。
 なお、出勤した日付は、所定労働時間の一部労務に服した日も含みます。
 ☑有給休暇や公休日の記入は不要です。有給休暇は下段の①～⑩に支給した日と金額をご記入ください。

11

- 出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合には、支給した日と金額をご記入ください。
- 出勤していない日に対して支給した報酬等は、有給休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(通勤手当・扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等の現物支給しているものが該当します。
- 残業手当等の出勤した日に対して支給した報酬や、見舞金等の一時的に支給したものの記入は不要です。

☑通勤手当等の報酬で、一定期間を一括して支給する場合には、対象期間と金額をご記入ください。
 例：10月1日～3月31日の6か月分通勤手当(50,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合
 ⇒10月1日～3月31日 50,000円
 例：3月1日～3月31日の扶養手当(10,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合
 ⇒3月1日～3月31日 10,000円

☑有給手当は、支給している額が同じで期間が継続している場合は、まとめてご記入ください。
 例：3月14日、15日に有給8,000円ずつ支給した場合
 ⇒3月14日～3月15日 16,000円

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 協会 花子

① 申請期間 (出産のために休んだ期間) 6 04 03 11 から 04 06 17 日

② 今回の出産手当金の申請は、
 1. 出産前
 2. 出産後
 7 2

③ 1 出産予定日 8 04 04 21 日
 2 出産年月日 04 04 22 日

④ 1 出生児数 1 人
 2 産婦児数 0 人

⑤ 1 1 1. はい 2. いいえ
 2 1 1. はい 2. いいえ

⑥ 9 出産者氏名 キョウカイ ハナコ
 出産予定日 04 04 21 日
 出産年月日 04 04 22 日
 出生児数 1 人
 産婦児数 0 人
 事業主住所 東京都港区〇〇2-3-4
 事業主名称 〇〇総合病院
 医師・助産師の氏名 保険 太郎
 電話番号 03XXXXXXX

6 1 1 2 1 1 0 1 1

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 1 2 3 ページ
 事業主記入用

労務に服できなかった期間を含む賃金計算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

⑩ 04 03 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
 04 04 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
 04 05 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
 04 06 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

⑪ 05 02 01 05 02 28 3 0 0 0 0
 03 10 01 04 03 31 50000
 04 03 01 04 03 31 10000
 04 03 11 04 03 11 8000
 04 03 14 04 03 15 16000

事業主住所 東京都千代田区△△1-1
 事業主名称 〇〇株式会社
 事業主氏名 健保 三郎
 電話番号 03XXXXXXX

6 1 1 3 1 1 0 1 1

全国健康保険協会 協会けんぽ 3/3

注1) 申請時の事務効率化のため、出勤簿や賃金台帳の写し等の書類は、添付しないでください。
 注2) 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

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
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、その差額が支給されます。(短時間で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

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】(※)÷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。)

(※)支給開始日以前の期間が12か月に満たない場合は、㉞と㉟を比べて少ない方の額を使用して計算します。

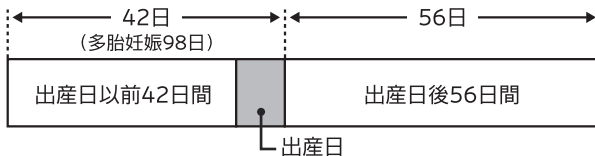
㉞ 支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額

㉟ 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(支給開始日が平成31年4月1日以降の場合、30万円)

2 支給期間

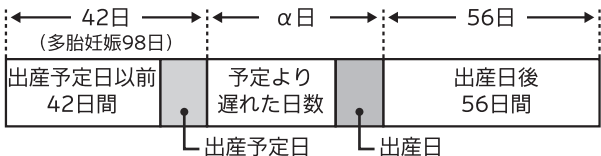
■ 出産予定日に出産した場合

出産予定日より早く出産した場合



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

■ 出産予定日より遅れて出産した場合



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

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)



★ 退職日に出勤した場合(例)



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。

申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日(消滅時効の起算日)から2年で時効になります。出産手当金の消滅時効の起算日は、出産のため労務に服さなかった日ごとにその翌日となります。