出産手当金支給申請書 記入例

全国信用保証協会 健康保険組合｜業務課 03-5542-8058

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）

被保険者情報

❶ 被保険者等記号・番号	記号 987　番号 654321	事業所名称	○○○信用保証協会
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎（押印不要）	生年月日	(昭) 平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
❷ 住所	〒 110－ 0000 東京都中央区○○ 1-2-3 □□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090（ 1234 ）○○○○
		提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✓）

振込先

金融機関名称	○○○○ (銀行) 金庫・信組 農協・その他（　）	預金種別	(普通)・当座・その他（　）
	△△△△ (支店) 本店・出張所 その他（　）	口座番号	1234567
口座名義（カタカナで記入）	ケンポ タロウ	口座名義区分	☑ 被保険者（申請者） □ 代理人
❸ 公金受取口座	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。）		

委任状 ❹

口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏名
	代理人（口座名義人）	住所 氏名　被保険者との関係（　）

申請内容

❺ 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。	□ 出産前の申請 ✓ 出産後の申請
❻ 出産前の申請のときは、「出産予定日」、出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」をご記入ください。	出産予定日　平(令) ○ 年 1 月 20 日 出産日　平(令) ○ 年 1 月 15 日
❼ 出産のため休んだ期間（申請期間）	平(令) ○ 年 12 月 5 日 から 平(令) ○ 年 3 月 12 日 まで　98 日間
出産のため休んだ期間（申請期間）に報酬は受けましたか。または今後受けられますか。	□ はい ✓ いいえ
「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった（なる）期間と報酬額をご記入ください。	平・令　年　月　日　から 平・令　年　月　日　まで　円

医師・助産師記入欄 ❽

出産者氏名		出生児の数	□ 単 胎　□ 多 胎（　児）
出産予定年月日	平・令　年　月　日	出産年月日	平・令　年　月　日
生産又は死産の別	□ 生 産　□ 死 産（妊娠　か月　週）		

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

所在地

医療機関名

医師・助産師の氏名　電話番号（　）

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を氏名（サイン）をご記入ください。

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

❾

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。

❷ 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、振込先口座も同様です。）

❸ マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は ✓ を付けてください。（被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。）
注：マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

❺ 出産前の申請か出産後の申請か、どちらかにチェックを入れてください。

❻ 出産前の申請の場合は、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合は、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。

❼ 申請期間をご記入ください。
▶ この申請書は、ご記入いただいた申請期間が経過する前に提出することはできません。
（産前分、産後分など複数回に分けて申請することは可能です。ただし、事業主の証明などは、その都度必要となります。）
▶ 出産日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日以前４２日から出産日以後５６日目までの期間を限度として申請することができます。（４２日＋α＋５６日）

❽ 医師又は助産師の証明を受けてください。

❾ ❶の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。

この申請書は 2枚1セット です。2枚目の「事業主記入用」も必ずご提出ください。