【2024年12月改訂】

1 2

健康保険　出産手当金　支給申請書

被保険者記入用

常務理事	事務長	担当者
	記入例	

【提出先】 被保険者の勤務先

被保険者情報

被保険者等	記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	○○株式会社○○営業所
氏名	健保　恵				生年月日	1985 年 12 月 1 日
住所	（〒 111 － 1111 ） ○○県○○市○○町2－15－6					
電話番号（日中の連絡先）	012 （ 234 ） 5678					

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先

☐ 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☑　利用しない場合は下記の欄を記入）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。 また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関名称	○○○ 銀行	○○○ 支店		
預金種別	☑ 普通　☐ 当座	口座番号	4 5 6 7	右づめでご記入ください
口座名義	○○○○（カ			カタカナでご記入ください
口座名義の区分	☐ 1．被保険者　☑ 2．代理人（事業主に委任する時）			

↓「2」の場合、下記に記入

受取代理人の欄

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 2025 年 1 月 10 日 氏名 健保　恵　　住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒 111 － 1111 ） 住所 ○○県○○市○○町1－2－3 氏名 ○○○○株式会社　代表取締役社長　○○　○○ TEL 012 （ 345 ） 6789	委任者と代理人との関係：事業主

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し（両面）」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類（運転免許証またはパスポート等）の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます ＞＞＞

健保使用欄

資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日	支給額	円
支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間		
備考			

受付印

1 2

健康保険　出産手当金　支給申請書

被保険者・医師・助産師・事業主記入用

被保険者氏名
健保　恵

申請内容

1 出産予定日	2024　年　11　月　10　日
2 出産日	2024　年　10　月　26　日
3 出産のため休んだ期間（申請期間）	2024　年　9　月　15　日から 2024　年　12　月　21　日まで　98　日間
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？	☐ はい　☑ いいえ
4－①「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった（なる） 期間とその報酬の額	年　月　日から　日分 年　月　日まで　円
5 出生児の数	☑ 単胎　☐ 多胎（　児）

医師・助産師記入欄

出産者氏名	健保　恵		
出産予定年月日	2024 年 11 月 10 日	出産年月日	2024 年 10 月 26 日
出生児の数	☑ 単胎　☐ 多胎（　児）	生産または死産の別	☑ 生産　☐ 死産（妊娠　週）

上記のとおり相違ないことを証明します。　2025 年 10 月 29 日

医療施設の所在地　〇〇県〇〇市〇〇町3－3－1

医療施設の名称　〇〇総合病院

医師・助産師の氏名　〇〇　〇〇　TEL　012（335）6688

事業主証明欄

被保険者氏名	健保　恵		
労務に服さなかった期間	2024年 9 月 15 日から 2024年 12 月 21 日まで　98 日間	労務に服さなかった期間に対して賃金を支給しました（します）か？	☐ はい ☑ いいえ
給与の種類	☑ 月給　☐ 日給　☐ 日給月給 ☐ 時間給　☐ その他（　）	賃金計算	締 日　15 日 支払日　☑ 当月 ／ ☐ 翌月　25 日
労務に服さなかった期間の分として支払う報酬関係	年　月　日から 年　月　日まで　日間	支給額 日 額	円 円

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください

上記のとおり相違ないことを証明します。　2025 年 1 月 16 日

事業所所在地　〇〇県〇〇市〇〇町1－2－3

事業所名称　〇〇〇〇株式会社

事業主氏名　代表取締役社長　〇〇　〇〇　TEL　012（345）6789