

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ヶ月以内で 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
被保険者が亡くなれば、 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。)

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒178-8511 東京都練馬区東大泉1-19-43
TEL 03-3978-2083 FAX 03-3978-2086

タムラ製作所健保

検索

① 記号・番号は被保険者証に記載されています。



② 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

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。)
※生年月日は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

③ タムラ製作所健康保険組合に加入している会社にお勤めの方は振込先指定口座は記入不要です。口座名義の区分を「2. 代理人」を指定し、下の受取代理人の欄の被保険者欄に記名ください。それ以外の方(任意継続被保険者等)は振込先指定口座を記入し、口座名義の区分は「1. 申請者」を指定してください。受取代理人の欄は記入不要です。

④ 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、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。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

1 2 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

	被保険者証の記号 (右づめ)	番号	生年月日	年	月	日
①	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2
	氏名(フリガナ) ケンボ ハナコ					
	氏名(自署) 健保 花子					
②	住所(〒 186-2323) 東京 都道府県 練馬区 0003-5-7					
	電話番号(日中の連絡先) TEL 03 (0000 ΔΔΔΔ) 000マシヨ ン201					
	☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合はひ)					

	振込先指定口座	金融機関名称	預金種別	口座番号	口座名義	口座名義の区分
③		銀行(普通)・信託(普通)・郵便(普通)	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知		▼カタカナ(姓と名の順は「マス」をつけてご記入ください。漢点「・」や濁点「・」は半角としてご記入ください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人
	口座名義の区分「2. 代理人」を指定した場合、下記の被保険者(申請者)欄は必ずご記入ください。					

	受取代理人の欄	被保険者(申請者) 氏名	代理人(口座名義人)	委任者と代理人との関係
		健保 花子	受取代理人(事業主) 記入欄	

【申請者・医師・助産師記入用】は2ページに続きます。} }

	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、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。	(82.12)
④	被保険者のマイナンバー記載欄	受付日付印
	被保険者証の記号番号を記入した場合不要です	
	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

タムラ製作所健康保険組合 1/3

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

5 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。	2	1. 出産前の申請 2. 出産後の申請
	6 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。	出産予定日	令和 X 年 3 月 2 1 日
		出産日	令和 X 年 3 月 2 2 日
	7 3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 X 年 2 月 8 日から 9 9 日間 令和 X 年 5 月 1 7 日まで	
	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。	令和 年 月 日 から 円 令和 年 月 日 まで	
6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)		

8 医師・助産師記入欄	出産者氏名	青山 花子		
	出産予定年月日	令和 X 年 3 月 2 1 日	出産年月日	令和 X 年 3 月 2 2 日
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生誕 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 X 年 3 月 2 5 日	
	医療施設の所在地	東京都品川区〇〇〇2-3	4 医師・助産師または 市区町村 記入欄	
	医療施設の名称	東京〇〇総合病院		
医師・助産師の氏名	健 保 三 郎			
		TEL	0 3 〇〇〇〇 △△△△	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 5 産前分、産後分まとめて申請の場合は2. の出産後の申請 とご記入ください。
- 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、出産日と出産予定日の両方をご記入ください。
- 7 出産のために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もらってください。記入漏れのないようにお願いします。

次ページに出産手当金の支給要件等について案内があります。➡

出産手当金の支給要件等

支給を受ける条件

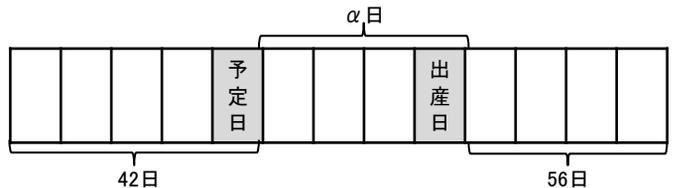
被保険者が出産のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件すべてを満たした場合は、出産手当金が支給されます。

- 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、事業主からの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）

支給期間と支給額

- 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：【支給開始日の以前12ヶ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。）
（※）支給開始日の以前の期間が12ヶ月に満たない場合は、アとイを比べて少ない額を使用して計算します。
ア. 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
イ. 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
出産手当金は出産日（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（多胎妊娠は98日）から、出産日後56日までの期間について支給されます。
※実際の出産が予定日より遅れた場合は
42日+α+56日（右図参照）

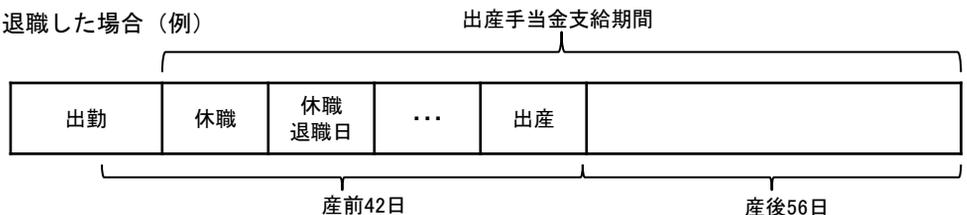


資格喪失後の出産手当金

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）

出産手当金 受けられます



★退職日に出勤した場合（例）

出産手当金 受けられません

注意！！退職日に出勤した場合は、出産手当金は受けられません。

