

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

E

被保険者氏名 健保 花子

申請内容

① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 08 年 05 月 28 日 から 令和 08 年 09 月 02 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。	2 1. 出産前 2. 出産後 出産後の申請なら2
③-1 出産予定日	令和 08 年 07 月 10 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 08 年 07 月 08 日 出産後の申請だけ
④-1 出生児数	1 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。	2 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。 5-1が1の人だけ

医師

医師・助産師による証明

出産者氏名 (カタカナ)	ケンポ ハナコ
出産予定日	令和 08 年 07 月 10 日
出産年月日	令和 08 年 07 月 08 日
出生児数	1 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	東京都港区〇〇1-2-3 令和 08 年 07 月 15 日
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
電話番号	03-XXXX-XXXX 医師・助産師が記入

「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

1

2

3

ページ

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。

カナ

被保険者氏名
(カタカナ)

ケンポ ハナコ

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

勤務状況 2ページの申請期間のうち、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。

出勤した日だけ○

令和	08	年	05	月	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
令和	08	年	06	月	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
令和	08	年	07	月	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
令和	08	年	08	月	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
令和	08	年	09	月	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

2ページの申請期間のうち、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

報酬

事業主が証明するといふ

例	令和	05	年	02	月	01	日	から	令和	05	年	02	月	28	日	3	0	0	0	0	0	円
①	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	
②	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	
③	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	
④	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	
⑤	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	
⑥	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	
⑦	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	
⑧	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	
⑨	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	
⑩	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日						円	

証明

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 東京都千代田区〇〇1-2-3

事業所名称 株式会社〇〇

事業主氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

電話番号 03-XXXX-XXXX

令和 08 年 09 月 07 日

申請期間より後の日付

6 1 1 3 1 1 0 3

全国健康保険協会
協会けんぽ

3 / 3