記入例

令和	年	月	日	常務理事	事務長	部長	
令和	年	月	日				
					課長補佐	係長	係

報酬月額	千円（日額	円）			
資格	得	年　月　日	前回	始	年　月　日
	喪	年　月　日		終	年　月　日

被保険者が出産のために仕事を休み、給与の支払を受けなかったときの生活保障として支給されます。

この部分には記入しないでください。

＊添付書類…
・⑩⑫の期間の出勤簿(写)
・賃金台帳(写)

①マイナポータル　②資格情報のお知らせ
③資格確認書（健康保険証）
のいずれかを見て正確にご記入ください。

※給付金の受領方は原則として事業所振込となっておりますので、委任状欄には被保険者（請求者）、代理人（事業主）がそれぞれ記入してください。

健康保険　出産手当金支給申請書

①（第　　回）

被保険者（申請者）が記入するところ

② 被保険者等（右づめで記入）	記号 **123** － 番号 **4567**	③ 被保険者氏名	（フリガナ）**ホウドウ　ハナコ** **報道　花子**	
④ 被保険者住所	〒 △△△－△△△△ **埼玉県〇〇市〇〇町△△－△－△△△** TEL △△△　（　△△　）△△△△			
⑤ 事業所名	**（勤務先名称）　〇〇〇株式会社**			
⑥ 資格取得日	昭和 平成 [✓ 令和] △△ 年 **4** 月 **1** 日	⑦ 被保険者の標準報酬月額	**300** 千円	

⑨㋐ 産前産後期間を分けて申請される場合は該当のものを〇でかこんでください。	・出産前期間 [✓ ・出産後期間]	㋑ 出産予定日	令和 △△ 年 **4** 月 **6** 日
		㋒ 出　産　日	令和 △△ 年 **4** 月 **1** 日
		㋓ 単胎または多胎の別	[✓ 単胎] ・ 多胎（　　児）
出産のために休んだ期間	令和 △△ 年 **2** 月 **19** 日から 令和 △△ 年 **5** 月 **27** 日まで	**98** 日間	
⑪ 上記期間に報酬（賃金）の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬の額及びその期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	
	受けた報酬の額	円	
	受けることができる報酬の額	円	

該当する項目に〇を付けてください

出産手当金は、女子被保険者が出産のため勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるものです。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日目（多胎妊娠の場合においては98日）から出産日後56日目までの期間を限度として支給されます。　なお、出産日当日は出産以前の期間に含まれます。

令和 △△ 年 **6** 月 **20** 日　提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名	

2026.11

記入例

事業主が証明するところ

⑫ 労務に服さなかった期間	令和 △△ 年 **2** 月 **19** 日から 令和 △△ 年 **5** 月 **27** 日から	**98** 日間

⑬ 報酬の締切日支払日	**末** 日締切	（当月・[✓ 翌月]）**5** 日払い	⑭ 報酬の支払い形態	[✓ ア．月給制] ウ．日給制 オ．その他	イ．日給月給制 エ．時間給制 （　　　）	賞与等 年 **2** 回

該当する項目に〇をつけてください。

勤務先で証明を受けてください

⑮ 上記の期間中の分として支払う報酬関係

㋐

		日額　円 （　月　日支払）

㋑ 部支給した、または支給する場合

	令和	日額　円 （　月　日支払）

㋒ 交通費の支払	有・[✓ 無]	※「有」の場合 令和 令和　年　月　日まで
		日額　円 （　月　日支払）

㋓ 現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨	[✓ ・支給しない] ・その他（　　　）

⑯ 上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和 △△ 年 **6** 月 **15** 日

事業所所在地　**東京都千代田区〇〇町△△－△△**
事業所名称　**〇〇〇株式会社**
事業主氏名　**代表取締役　〇〇　〇〇**
電話　□□（□□□□）□□□□

［事業主様への注意事項］

・⑮の㋓欄は、現在までも、将来も支給しないときは、「支給しない」に〇してください。

・被保険者の資格喪失後にかかる請求のときは、当健康保険組合までお問合せください。

医師または助産師が意見を書くところ

出産予定日の記載があるか必ずご確認ください。

⑰ 患者氏名			
⑱ 出産年月日	令和　年　月　日	⑲ 出産予定日	令和　年　月　日
⑳ 出産後のときは保険診療を伴わない分娩又は保険診療を伴う分娩の別	伴わない・伴う	㉑ 出産後のときは、生産又は死産の別	生産・死産（妊娠　ヶ月　週　日）
		㉒	・多胎
㉓ 入院して出産したときは、その期間	令和　年　月 令和　年　月		健保・自費 公費・その他

医療機関で証明を受けてください。

上記のとおり相違ありません

㉕ 令和　年　月　日

所在
医療機関名
医師氏名

［医師・助産師への注意事項］

・⑲「出産予定日」も必ず記載してください。

・㉑欄の「死産」をマルで囲んだ場合は、妊娠何ケ月であるかを当該欄に記載してください。

委任状

本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。　　令和 △△ 年 **6** 月 **15** 日

被保険者（請求者）
住所　**埼玉県〇〇市〇〇町△△－△－△△△**
氏名　**報道　花子**

代理人（事業所）
住所　**東京都千代田区〇〇町△△**
氏名　**代表取締役　〇〇　〇〇**

事業主（勤務先）記入

【注意事項】

・⑩、⑫の期間の計算は両端を入れて、間違いなく計算してください。

たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。

東京都報道事業健康保険組合

2026.11