

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	枝番	マイナ ンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です	
	氏名	(フリガナ)				生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成             年 月 日
	住所	〒	—		都 道 府 県		
	電話番号	自宅	( )				
		携帯	( )				
委任 選択欄	申請書の審査・決定にあたり、組合からの支払決定通知書等の送付先及び問い合わせ方法について選択してください <input type="checkbox"/> 1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。 <input type="checkbox"/> 2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)						

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> ※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。
	口座名義	▼カタカナ(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。) <input type="text"/>	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

受取代理人の欄	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。		年 月 日
	被保険者 (申請者)	氏名	
	代理人 (口座名義人)	(〒 — ) TEL ( )	申請者との 身分関係
		(フリガナ) 氏名	

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	1 今回の申請は、産前・産後分（一括）での申請ですか、または産前・産後別々（分割）による申請ですか。	<input type="checkbox"/>	1. 産前・産後分の申請 2. 産前分の申請 3. 産後分の申請
	2 出産予定日と出産日をご記入ください。	出産予定日	年 月 日
		-----	
		出 産 日	年 月 日
	3 出産のため休んだ期間【申請期間】		年 月 日 から 年 月 日 まで 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。	<input type="checkbox"/>	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。		年 月 日 から 年 月 日 まで 円	
6 出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( ) 児		

医師・助産師記入欄	出産者氏名	
	出産予定年月日	年 月 日
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( ) 児
	出生年月日	年 月 日
	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産 <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。	年 月 日
医療施設の所在地		
医療施設の名称		
医師・助産師の氏名	TEL ( )	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>



## 1. 添付書類

---

(1) 出産手当金の添付書類について

- ①産休に入った日の前1ヶ月からP2に記載した「出産のため休んだ期間（申請期間）」までの分が網羅されている出勤簿と賃金台帳の写し。
- ②通勤手当等が複数月分（6ヶ月定期代等）まとめて支払われていて、欠勤日以降の手当の払い戻しや差額精算等がない場合は、その手当が支払われた月の賃金台帳の写し。

## 2. 記入方法

---

組合ホームページの「申請書一覧（6.給付に関する書式）」にある記入例をご参照ください。

## 3. 注意事項

---

(1) 記入を誤ってしまった場合の訂正方法について

記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名（フルネーム）を記入してください。

(2) 振込先指定口座について

被保険者（申請者）の口座情報を記入してください。なお、被保険者（申請者）以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者（申請者）および代理人の署名が必要になります。  
※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。

(3) マイナンバーでの申請について

被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

## 4. 産前・産後期間と産後の起算日について

---

産前期間は42日間（多胎妊娠は98日）、産後期間は56日間となります。ただし、出産予定日より出産が遅れた場合は産前期間（42日+ $\alpha$ ）が延びることになり、産後56日に変動はありません。

“**出産日は産前**”に含まれます。

よって**産後休暇の起算は出産日の翌日**からとなるため、産前産後期間の算定にあたってはお間違いのないようご注意ください。

## 5. 提出先と振込日

---

(1) 提出までの流れ

被保険者（申請者）記入用のページ（P1・P2上）を記入後、医師・助産師より証明（P2下）を受け、最後に事業主の証明（P3）を受けてください。

(2) 申請書の提出（送付）先及び問い合わせ先

事業主の証明が必要となるため、申請書は事業所の担当者へ提出してください。  
申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒135-0047

東京都江東区富岡2丁目11-12

倉庫業健康保険組合 給付課 TEL 03-3642-8436

(3) 振込日について

申請期間や添付書類等に不備がなければ受付日よりおおよそ2週間程で指定口座へお振込みいたします。  
なお、産前・産後分の申請書を産後期間中に提出された場合は、産後期間が明けてからの処理となるため支給までに日数を要しますのでご承知おきください。  
※保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者（申請者）情報の委任選択欄で記入（希望）された所へ送付いたします。