支給額	円		資格取得日	年　月　日
			資格喪失日	年　月　日
支給内訳	出産手当金	円	標準報酬月額	千円
	出産手当金付加金	円	標準報酬日額	円
支給開始	年　月　日		障害年金額・日額障害手当金額	円（日額　円）
支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間		前回	自　年　月　日 至　年　月　日
全部不支給	期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	一部不支給	期間　年　月　日から　日間 年　月　日まで　円
	理由			理由

＿＿＿回目

1　2　3

健康保険 出産手当金 支給請求書

被保険者（請求者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　－　）　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

振込先指定口座

金融機関名称	銀行　金庫　信組　農協　漁協　その他（　）		本店　支店　出張所　本所　支所
預金種別	1．普通　3．別段 2．当座　4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
ゆうちょ記号-番号	－　－		
口座名義※必ず記入ください。	▼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。）	口座名義の区分	1．申請者 2．代理人

☐ 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☑）

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。

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	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。　令和　年　月　日 氏名・印　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒　－　）　TEL　（　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印	委任者と代理人との関係

（R4.10）

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です）

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 支給請求書

被保険者（請求者）・医師・助産師記入用

請求内容		
1	今回の出産手当金の請求は、出産前の請求ですか、それとも出産後の請求ですか。	□ 1. 出産前の請求　2. 出産後の請求
2	上記で「出産前の請求」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の請求」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　年　月　日 出　産　日　令和　年　月　日
3	出産のため休んだ期間（請求期間）	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間
4	上記の出産のため休んだ期間（請求期間）の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	□ 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 令和　年　月　日　まで　円
6	出生児の数	単胎　多胎（　児）

医師・助産師記入欄			
出産者氏名			
出産予定年月日	令和　年　月　日	出産年月日	令和　年　月　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する。　令和　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。〉〉〉

健康保険 出産手当金 支給請求書

1 2 3

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

勤務状況 【出勤は×】で、【有給は〇】で、【公休は●】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。				出勤	有給
令和 年 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	計		日	日
令和 年 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	計		日	日
令和 年 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	計		日	日
令和 年 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	計		日	日
令和 年 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	計		日	日

上記の期間に対して、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 □ 時間給 □ 日給 □ 歩合給 □ 日給月給 □ その他	賃金計算	締 日	日
					支払日	□当月 □翌月 日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した（する）賃金内訳 期間 / 区分	単価	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額
基本給				
通勤手当				
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計				

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する。 令和 年 月 日

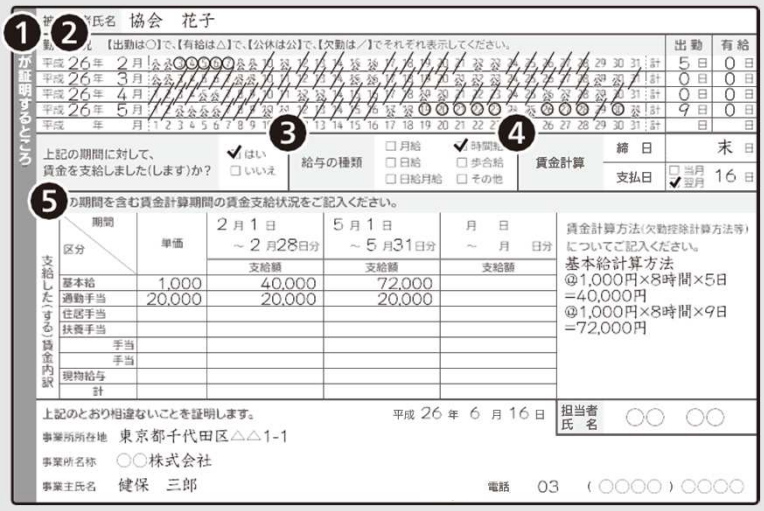
担当者 氏 名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 電話 （ ）

記入例



【被保険者の方へ】

❶ お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

❷ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は〇で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

❸ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

❹ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

❺ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

記入例 1／3

提出先：勤務先総務・人事部

※黒ボールペンでご記入ください。（消せるボールペンでの記入は受け付けません。）

・ご自身で記入する欄①
・医療機関にて証明する欄②
・お勤め先（総務・人事部）にて記入する欄③

健康保険組合記入欄

1 2 3

＿＿＿回目

① 健康保険 出産手当金 支給請求書

被保険者（請求者）記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者等（右づめ）	●●●	●●●●●	☑ 昭和 □ 平成 □ 令和 6 0 0 5 1 8
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太朗		
住所	（〒 ●●● － ●●●● ） ■■ 都 道 府 県 ■■市△△●-●●-●●		
電話番号（日中の連絡先）	TEL ●● （ ●●●● ） ●●●●		

振込先は「給与振込口座」をご記入ください。

振込先指定口座

金融機関名称	ゆうちょ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1	1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号 ●●●●●●● 左づめでご記入ください。
記号-番号	●●●●● － ●● －	●●●●●●●●	
口座名義 ※必ず記入ください。	▼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。） ケンポ゜ タロウ		口座名義の区分 1 1．申請者 2．代理人

ゆうちょ銀行の場合は、「記号」・「番号」をご記入ください。

口座名義（カタカナ）を必ずご記入ください。

□ 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☑）

注）口座名義が本人以外の場合は利用できません。

マイナポータルで登録した公金利用口座を使う場合のみチェックを入れてください。

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	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。 令和 年 月 日 氏名・印 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒 － ） TEL （ ） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印	委任者と代理人との関係

（R4.10）

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です）

記号および番号を記入された方は、この欄の記入は不要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

記入例 2／3

1 2 3

健康保険 出産手当金 支給請求書

被保険者（請求者）・医師・助産師記入用

①

請求内容

1 今回の出産手当金の請求は、出産前の請求ですか、それとも出産後の請求ですか。	2　1. 出産前の請求　(2. 出産後の請求)
2 上記で「出産前の請求」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の請求」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 ●● 年 7 月 15 日 出　産　日　令和 ●● 年 7 月 10 日
3 出産のため休んだ期間（請求期間）	令和 ●● 年 5 月 30日 から 令和 ●● 年 9 月 4日 まで　98 日間
4 上記の出産のため休んだ期間（請求期間）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 令和　年　月　日 まで　円
6 出生児の数	(単胎)　多胎（　　児）

②

医師・助産師記入欄

出産者氏名			
出産予定年月日	令和　年　月　日	出産年月日	令和　年　月　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する。　令和　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　（　　）

医師または助産師が記入する欄です。証明を頂いてください。

「事業主記入用」は3ページに続きます。〉〉〉

記入例 3／3

健康保険 出産手当金 支給請求書

1 2 3

事業主記入用

③

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名	

勤務状況 【出勤は×】で、【有給は〇】で、【公休は●】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。				出勤	有給
令和 年 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		計	日	日
令和 年 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		計	日	日
令和 年 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		計	日	日
令和 年 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		計	日	日
令和 年 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		計	日	日

上記の期間に対して、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 □ 時間給 □ 日給 □ 歩合給 □ 日給月給 □ その他	賃金計算	締 日	日
					支払日	□当月 □翌月 日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した（する）賃金内訳 期間／区分	単価	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	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。
基本給					
通勤手当					
住居手当					
扶養手当					
手当					
手当					
現物給与					
計					

お勤め先で記入する欄の為、請求者の記入は不要です。

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日

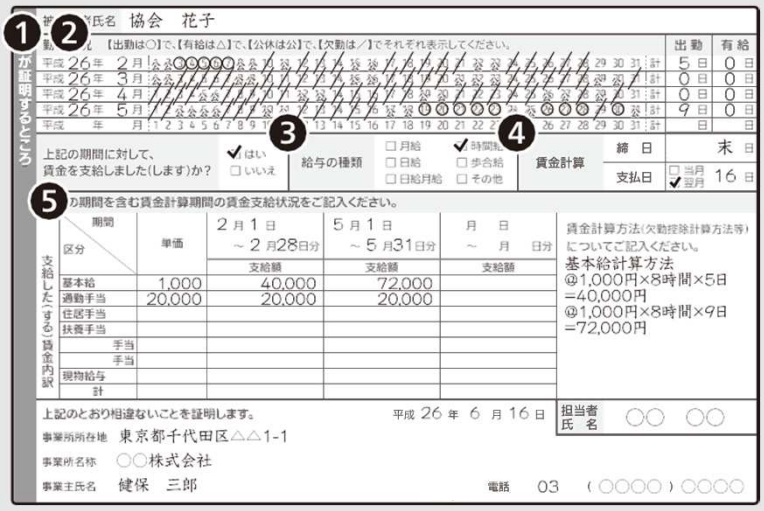
担当者 氏 名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 電話 （ ）

記入例



【被保険者の方へ】

❶ お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

❷ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は〇で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

❸ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

❹ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

❺ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。