

健康保険 出産手当金

1

2

3

注意点等

退職後の期間を申請時は、
退職（在職）時の記号・番号、
事業所名称を記入してください。

被保険者（申請者）記入用

※申請書は『全3ページ』です。A4で印

スでとめて申請してください。

被保険者（申請者）の情報	記号	番号	事業所名称
	〔受診時〕 被保険者等 （右づめ）	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	〇〇労働金庫
	氏名	健康 花子	生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 6 0 0 9 1 0
	連絡先 (〒 101 - 0052) 東京 都 道 千代田区神田小川町 〇-〇〇 TEL 03 (5 2 1 7) 3 1 6 2	資格 取得 年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和 年 月 日 0 2 0 4 0 1	

指定口座を記
入した場合は、
✓不要です。

振込先指定口座	□ 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。） 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。					
	金融機関 名称	〇 〇	労働金庫	〇 〇	本店 本店営業部 支店	
	店番号	〇 〇 〇	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	右づめで ご記入く ださい。	預金種別 1. 普通
	口座名義 ▼カタカナ ケンコウ ハナコ	口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人				

「2」の場合は、必ず以下の欄を記入してください。

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。		年 月 日
	氏名	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）	住所 (フリガナ) 氏名	TEL ()	申請者と 代理人との 関係

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページへ続きます。〉〉〉

・被保険者等記号・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

被保険者のマイナンバー記載欄

〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R4.12)

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

注意点等

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

被保険者記入欄

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

2 出産日と出産予定日をご記入ください。

「出産前」の申請の場合

出産予定日をご記入ください。

出産予定日 令和 6 年 12 月 1 日

「出産後」の申請の場合

出産日と出産予定日をご記入ください。

出 産 日 令和 6 年 12 月 1 日

3 出産のため休んだ期間(申請期間) ※

令和 6 年 10 月 21 日 から

令和 7 年 1 月 26 日 まで

〔 98 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。

1

1. 受けていない、今後も受けられない
2. 受けた(全部)
3. 受けた(一部)
4. 今後受けられる(全部)
5. 今後受けられる(一部)

※「3 出産のため休んだ期間(申請期間)」の記入にあたっては、下記期間(最長)のうち、欠勤した期間をご記入ください。

○ 産前 … 出産日(出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)

○ 産後 … 出産日の翌日から56日

《出産日が出産予定日より遅れた場合は、その期間を含めて申請対象期間となります。》

【例1】 7/1出産予定、7/3出産の場合 → 単胎 : 5/21~8/28 (100日間)

多胎 : 3/26~8/28 (156日間)

【例2】 7/1出産予定、6/29出産の場合 → 単胎 : 5/19~8/24 (98日間)

多胎 : 3/24~8/24 (154日間)

医師・助産師記入欄

出産者氏名
(被保険者名)

健康 花子

出産予定年月日

令和 6 年 12 月 1 日

出産年月日

令和 6 年 12 月 1 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します。

令和 6 年 12 月 15 日

医療施設の所在地

東京都〇〇区〇〇町△△-△△

医療施設の名称

〇〇産婦人科

医師・助産師の氏名

健保 一郎

TEL

03

(

〇〇〇〇

)

〇〇〇〇

※記入欄の内容または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)。

「事業主記入用」は3ページへ続きます。〉〉〉

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

注意点等

事業主記入用

事業主が証明するところ

被保険者氏名

健康 花子

労務に服さなかった期間
(申請期間において)

令和

令和

6

年

10

月

21

日

から

7

年

1

月

26

日

まで

(

98

日間)

上記期間中の報酬有無

☐ 全額支給〔 令和 年 月 日 から 年 月 日 までの分 〕☐ 一部支給〔 基本給の一部、各種手当、通勤手当(定期代等)、厚生年金補給金 など 〕☒ 支給なし〔 通勤手当等を含め、令和 6 年 10 月 21 日から報酬無し 〕

給与形態等

☒ 月給(固定給)☐ 日給☐ 時間給給与締め日と
支払日

末

日締 →

当月

・ 翌月

15

日支払

残業等：

末

日締 →

当月

・ 翌月

15

日支払

欠勤控除の算出方法
(一部控除があったとき)

〔計算式〕

欠勤控除分の
精算時期☐ 当月給与☒ 翌月給与☐ その他 ()上記期間中の
通勤手当の取扱い☒ 支給していない☐ 支給しているが、欠勤分の返金を依頼【給与で調整等(予定を含む)】☐ 支給しているが、欠勤分の返金依頼や調整は行わない → *

* 通勤手当(定期代等)の支給金額と対象期間が確認できる書類を添付願います。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 7 年 1 月 31 日

事業所所在地

東京都〇〇区〇〇町△△-△△

事業所名称

〇〇労働金庫

事業主氏名

労金 一郎

電話

03

(

〇〇〇〇

)

〇〇〇〇

※ 申請期間の「賃金台帳と出勤簿の写し」を添付してください。

※ 退職後の申請期間にかかる事業主の証明は不要です。

次のページに申請にあたっての案内等があります。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

注意点等

1. 申請のめやす

出産前、または出産後。

※出産手当金の申請期間中に傷病手当金も申請する方は、労金健保へ事前に連絡願います。

2. 給付金の支給時期

振込処理は月2回(原則5日と20日)、事前に支給決定通知書を送付します。

なお、審査に時間を要する場合がありますので、ご了承ください。

3. 支給要件について(概要)

次の要件を満たした場合に、支給されます。

- (1) 被保険者が出産した(する)こと。
 - (2) 妊娠4ヵ月(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、事業主から給与(報酬)の支払いがないこと。
- ※給与の支払いがあっても出産手当金の日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

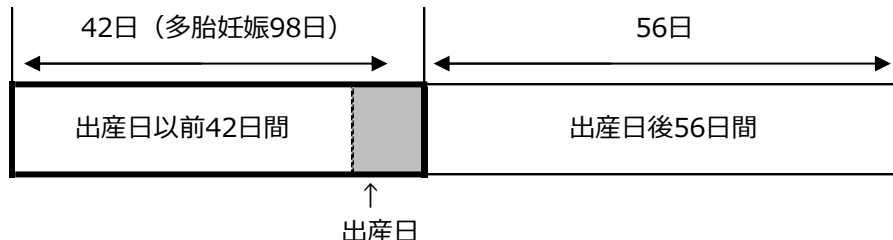
4. 支給期間と金額

(1) 支給期間

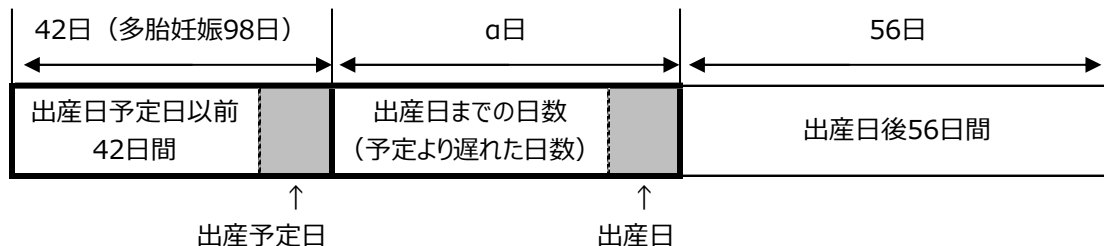
分娩の日(分娩の日が分娩予定日後の場合は、分娩予定日)以前42日(多胎妊娠は98日)から分娩の日後56日の間となります。

出産が予定日より遅れた分についても支給されます。

■ 出産予定日に産出した場合、出産予定日より早く産出した場合



■ 出産予定日より遅れて産出した場合



(2) 支給金額(1日当たり)

【支給開始日の以前12ヵ月間の各標準報酬月額を平均した額(※)】÷ 30日 × $\frac{2}{3}$

※支給開始日の以前の期間が12ヵ月に満たない場合は、次のいずれか低い額を使用して計算。

- ① 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(12ヵ月未満)の平均額。
- ② 支給開始日の属する年度の前年度の9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均額。

〔提出先・お問い合わせ先〕

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部

TEL 03(5217)3162