記入例

健康保険　出産手当金支給申請書　　1/2枚目

◎◎記入箇所を訂正する場合は、記入者の訂正押印が必要です。（修正テープ等不可）
◎の出産のため休んだ期間（申請期間）が経過した後に申請してください。

㋐ 記号-番号	9 9 9 9 － 1 0 9	㋑ 事業所名：○○ 株式会社
㋒ 被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) マルイ　マルミ ○井　○美	㋓ 被保険者の生年月日：平成 5 年 7 月 12 日
㋔ 被保険者の住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ) トウキョウトミナトクサンカクチョウ 〒 ○○○－○○○○ 東京都港区△町　1－2－3 固定電話 03 (0000) 0000 携帯電話 090 (0000) 0000	
㋕ 出産予定年月日	令和 6 年 11 月 15 日	㋖ 出産年月日：令和 6 年 11 月 18 日
㋗ ㋖ 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 6 年 10 月 5 日 から 令和 7 年 1 月 13 日 まで　(101 日間)	
㋘ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	㋙ 生産または死産の別：生産 (妊娠 40 週) 死産 (妊娠 週 ＋ 日)
㋚ ㋛ 受取方法	【在籍中の方】会社へ委任してください。 この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名　○井　○美	
	【退職後の方】振込先を記入してください。（任継者は記入不要。登録口座へ振込） 銀行・信金 信組・農協　本店 支店　普通・その他( ) 口座番号　(ﾌﾘｶﾞﾅ)　口座名義	

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（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。）

備考欄	

※年月日は元号でご記入ください。

R7.4　三井健康保険組合

本人が記入してください。

㋗ 申請期間における出産のため休んだ期間とその日数（公休日を含む）を記入してください。

㋛ 在籍中の方は、会社へ委任してください。
退職後の方は、振込先を記入してください。
（任継者は登録口座へ振込のため記入不要）

出産手当金の支給要件等

■　支給を受ける条件

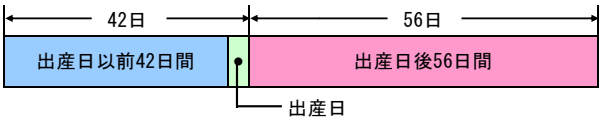
被保険者が出産のため仕事を休み給与を受けられない場合は、出産手当金が支給されます。なお、被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して１年以上あり、資格喪失日の前日（退職日等）に出産手当金の支給を受けているか、受けられる状態であれば、支給を受けることができます。

■　支給期間と支給額

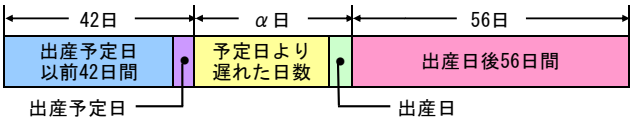
１．支給期間

出産手当金は出産の日（出産が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）から出産日後５６日までの期間で、支給要件を満たした期間について支給されます。なお、出産日は出産の日以前の期間に含まれます。また、出産が出産予定日より遅れた場合は、その期間を含めて支給されます。

＜出産予定日に出産した場合または出産予定日より早く出産した場合＞



＜出産予定日より遅く出産した場合＞



２．支給額

出産手当金の支給額は、１日につき標準報酬日額の３分の２に相当する額（１円未満四捨五入）です。標準報酬日額は、標準報酬月額の３０分の１に相当する額（１０円未満四捨五入）です。給与の支払いがあって、その給与が出産手当金の額より少ない場合は、出産手当金と給与の差額が支給されます。

● 傷病手当金を同時に受けられるとき

出産手当金の支給期間中に傷病手当金も受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間傷病手当金は支給されません。ただし、この場合において傷病手当金が支給されてしまったときは、出産手当金の内払いとみなされ、その額だけ出産手当金の額が調整されます。

健康保険　出産手当金支給申請書

医師または助産師が意見を記入するところ

Ⓐ 出産者氏名	○井　○美		
出産予定年月日	令和 6 年 11 月 15 日	Ⓒ 出産年月日	令和 6 年 11 月 18 日
Ⓓ 出生児の数	(単胎)・多胎（　　児）	Ⓔ 生産または死産の別	(生産)（妊娠 40 週） 死産（妊娠　　週＋　　日）
Ⓕ (正常分娩)・異常分娩			

上記のとおり相違ありません。　令和 6 年 11 月 20 日

医療機関の所在地　東京都大田区○町　1－2－3

名　称　△△産婦人科病院

医師・助産師の氏名　△島○男

電話　03（0000）0000

医師または助産師の証明を受けてください。

◎◎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記入してください。記入箇所を訂正する場合は、事業主の訂正押印が必要です。

事業主が証明するところ

① 労務に服さなかった期間	令和 6 年 10 月 5 日から 令和 7 年 1 月 13 日まで（101 日間）	② ①の期間の出勤日数と有給日数	出勤日数 0 日間 有給日数 1 日間
③ ③ 給与の種類	月給・(日給月給)・日給 時間給・その他（　　）	④ 給与締切日と給与支給日	固定給：月末 日締、(当月)・翌月 25 日支払 非固定給：月末 日締、当月・(翌月) 25 日支払
⑤ 欠勤控除の有無	(あり)・なし	⑥ ⑤「あり」の場合、精算方法	(当月給与)・翌月給与・その他（　　）
⑦ ⑤「あり」の場合、欠勤控除の算出方法	1月 300,000円（固定給）÷ 20日（稼働日数）× 8日（欠勤日数）＝ 120,000円　　2月以降は無給		
⑧ 通勤手当の支給の有無	(あり)・なし	「あり」の場合は、支給月の「賃金台帳」の写しを添付してください。	
⑨ ⑧「あり」の場合、期間、金額、精算の有無	4 月 1 日～ 9 月 30 日分	60,000 円	(精算する)・精算しない
	10 月 1 日～ 3 月 31 日分	60,000 円	(精算する)・精算しない
⑩ 現物給与の有無	あり・(なし)	⑪ ⑩「あり」の場合、現物給与の名称、金額	円 円 円

⑫ ①の期間を含む給与締切日に支払われた報酬について
【月給者・日給月給者・日給者】→ 固定給・日給以外の報酬を記入してください。【時給者】→ 時間内・時間外手当以外の報酬を記入してください。

期間 / 報酬の名称	9 月 1 日～ 9 月 30 日分	10 月 1 日～ 10 月 4 日分	月 日～ 月 日分
	支給額	支給額	支給額
時間外勤務手当	20,000円	2,000円	
休日出勤手当	10,000円		

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和 7 年 4 月 1 日

担当者氏名	○○　○○
電話	03（0000）0000

事業所の所在地　東京都中央区○町　1－2

名　称　○○○○　株式会社

事業主の氏名　○町　○一

お勤め先の事業主の証明を受けてください。

【事業主の添付書類　等】
・労務に服さなかった期間（賃金計算期間）の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。
・労務に服さなかった期間以外の「賃金台帳」と「出勤簿」等の写しを追加でご提出いただく場合があります。

③
該当する給与の種類を○で囲んでください。

・月給とは、公休日が給与補償されている方であり、次のような欠勤控除をされている方が該当します。
　例1）固定給 ÷ 暦日数 × 欠勤日数　　例2）固定給 × ○% × 欠勤日数　など

・日給月給とは、公休日が給与補償されていない方であり、次のような欠勤控除をされている方が該当します。
　例）固定給 ÷ 稼働日数 × 欠勤日数　など

【事業主の添付書類】

労務に服さなかった期間（賃金計算期間）の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。