支給額	円	支給日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間
出産予定日	令和 年 月 日	資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日
出産した日	令和 年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日
備考			

被保険者（申請者）の方がご記入ください（赤枠内）

＜記入例＞ 健康保険 出産手当金支給申請書

①（第 1 回目）

被保険者（申請者）の記入するところ

②健康保険被保険者証記号・番号	19 － 2355	③被保険者（申請者）氏名	（フリガナ）ケンポ サキコ 健保 咲子
④生年月日	昭和 平成 5 年 5 月 5 日		
⑤被保険者（申請者）の現住所	〒100 － 5555 東京都千代田区〇△□町1－2－3 〇〇マンション301	⑥電話番号	090-1234-〇〇〇〇
⑦事業所の	名称：株式会社〇〇〇	所属部署	〇〇部 〇〇課
	所在地：東京都千代田区麹町5丁目2番地〇	電話番号	03-5877-〇〇〇〇
⑧出産した日	平成 令和 31 年 3 月 15 日	⑨出産予定日	平成 令和 31 年 3 月 15 日
⑩出産の為休んだ期間（申請期間）	平成 令和 30 年 12 月 8 日から 154 日間 平成 令和 元 年 5 月 10 日まで	⑪被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和 28 年 1月 1 日
⑫うえの⑩の期間で（申請期間）報酬を受けましたか、また受けられますか	受けた ・ 受けない 受けられる ・ 受けられない	⑬報酬の支払いを受けたとき、または受けられるときは報酬の額とその報酬支払いの基礎となる（なった）期間	月 日から 月 日の分として 円

⑭入院して出産した時はその

病院名	オリコ産院	所在地	東京都千代田区〇△□町1－1－1
申請者に扶養者がいるときにはその	氏名（フリガナ）	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
		続柄	

生産または死産の別	☑ 生産	□ 死産	□ 生産・死産（混在）	出生児数	死産児数	死産の場合妊娠経過期間
				2 人	人	妊娠 週

費用の別	自費	年 月 日 年 月 日 日間	健保	年 月 日 年 月 日 日間	公費	年 月 日 年 月 日 日間

支払希望金融機関	東京 銀行 信用金庫 信用組合	〇〇〇 本店 支店 出張所	普通 ・ 当座	No. 0123456	名義人	フリガナ ケンポ サキコ 健保 咲子

被保険者（申請者）と同じ氏名の口座名義をご記入ください

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。

令和 年 月 日付印

被保険者（申請者）	住所 氏名		
代理人の氏名	フリガナ	委任者と代理人との関係	
代理人の現住所	フリガナ 〒		

社会保険労務士の提出代行者	

オリエントコーポレーション健康保険組合

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者氏名をご記入ください。

事業主の証明するところ

事業主（人事ご担当者様等）の方がご記入ください（青枠内）

①労務に服さなかった期間（今回申請期間） 平成 令和 30年 12月 8 日 から 平成 令和 元年 5 月 10 日まで 154 日間

②【出勤は〇】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示して下さい。

勤務状況	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	出勤	有給
平成30年12月								×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×												0日	0日
平成31年 1月	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×												0日	0日
平成31年 2月	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×												0日	0日
平成31年 3月	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	0日	0日
平成31年 4月	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		0日	0日

③うえの期間中の分として報酬の一部または全部を支給した、または支給する場合は出勤、有給、欠勤、無給を期間別に

年 月 日～ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額 円
年 月 日～ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額 円
年 月 日～ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額 円
年 月 日～ 年 月 日	日間	円	月	
年 月 日～ 年 月 日	日間	円	月	

④については必ずご記入ください

備考 ②勤務状況追加：令和元年5月1日～10日については無給（産後休暇取得の

④労務に服さなかった日について報酬を支払わない場合はその旨と理由：産前産後休業取得中は無給の為、上記期間については給与支給なし

⑤上記のとおり相違ないことを証明します。

証明した日付は必ずご記入ください

令和 元 年 5 月 13 日

所在地 東京都千代田区麹町5丁目2番地〇

事業主 名称 株式会社 〇〇〇

代表者 代表取締役 〇〇 〇〇 電話 03 （ 5877 ）〇〇〇〇

医師・助産師が意見を記入するところ

①出産した年月日	平成 令和 31 年 3 月 15 日	②出産予定年月日	平成 令和 31 年 3 月 15 日
③正常分娩または異常分娩の別	正常 ・ 異常 【 帝王切開 】	④生産または死産の別	生産 ・ 死産 【妊娠 週】
⑤入院して出産したときはその期間	平成31 年 3 月 15 日 平成31 年 3 月 25 日 10 日間	⑥入院費用の別	健保 ・ 公費 自

⑦出生児の数：単胎 ・ 多胎（ 2 児）

⑧上記のとおり相違ないことを証明します。

証明した日付は必ずご記入ください

平成 31 年 3 月 25 日

医療施設の所在地 東京都千代田区〇△□町1－1－1

医療機関名称 オリコ産院

医師・助産師の氏名 〇〇 〇〇

オリコ産院 印

出産した医療機関にて証明してもらってください（ピンク色枠内）

電話 03 （ 5877 ）〇〇〇〇

◎記入については記入例等に書いてありますのでご確認ください
また、文字を訂正する場合は記載者の名前脇に押した印と同じ印を、訂正印として捺印してください