

# 出産手当金支給申請書の記入等について

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名 〇〇株式会社 〇〇支店	電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンポ ハナコ	氏名 健保 花子	生年月日	昭和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	

申請内容	出産予定日	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	出産年月日	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日		
	出産のため休んだ期間	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 から 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	まで	98 日間		
	上記の出産のため休んだ期間の報酬を受けましたか、または今後受けられますか。	現在まで	受けた	●	受けない	○
		今後	受けられる	○	受けられない	●
	■上記で報酬を受けるまたは受けられると回答され方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。					
報酬支払期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	まで	日間			
受けた報酬額	円	受ける報酬額	円			

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	被保険者(申請者)	氏名		
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名		

振込先情報	金融機関名称	●● 銀行 ●● 信用金庫 ●●	本店	支店番号	123
	預金種別	普通 当座 ●● 1	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ) ケンポタロウ

医師・助産師の証明	出産者氏名		出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎			月または第 ( ) 週)	
	上記のとおり相違ないこと 医療施設 医療施設の名前 医師・助産師の氏名			2 この欄は、医師または助産師に証明を依頼してください		

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名					
	勤務状況【出勤は○】【有給は△】【公休は公】【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	29 30 31	日	日		
	令和 年 月 1	29 30 31	日	日		
	令和 年 月 1	29 30 31	日	日		
令和 年 月 1	29 30 31	日	日			

3 この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください

出産のために会社を休み給与を受けられないときの生活保障として、出産手当金が支給されます。

## 支給を受ける条件

- ① 被保険者であること
- ② 妊娠4か月(85日)以上の出産であること  
※早産・死産(流産)・人工妊娠中絶も含む
- ③ 出産のため仕事を休み事業主から給与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)

## 記入項目について

- ① 給付金の振込先は日本国内の口座で被保険者名義のものを記入してください。
- ② 「医師・助産師の証明欄」…出産した医療機関の医師または助産師から証明を受けてください。
- ③ 「事業主証明欄」(2頁目)…出産手当金支給申請書に記入をし、医師・助産師の証明を受けてから1頁目と併せて、お勤め先の事業主に提出してください。

## お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合  
TEL 03-6384-2270  
info@Philips-kenpo.com

## 提出先

APアウトソーシング株式会社  
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂1-15 神楽坂1丁目ビル  
TEL 0120-924-873 (PPSコンタクトセンター/メニュー番号2)  
Si-helpdesk@apol.jp