

※申請書を作成される前にご確認ください。

会社のメールアドレスをお持ちの方は、社内ポータルサイト内にある、



プリマハム健康保険組合電子申請システム

より申請をお願いします。

以下の方は次ページ以降の申請書（紙媒体）をご提出ください。

- ・会社のメールアドレスをお持ちでない方
- ・長期休職中の方
- ・海外出向者の方
- ・任意継続の方

# 健康保険 出産手当金支給申請書（申請者用）

本申請書に関し、電子申請の代理入力を事業主へ依頼します。

（申請者本人の署名）

## 《添付書類：必須》

- ①健康保険 出産手当金支給申請書（医療機関用）（原本）  
※同じ内容であれば、別証明書（原本）の提出可。
- ②出産予定日、出産日、出産した医療機関が確認できる書類の写し  
（母子手帳、出生届等の写し）

※該当する事柄 ☐ にチェック ☒ を付けてください。

申請日 令和 年 月 日

|           |            |             |    |             |
|-----------|------------|-------------|----|-------------|
| 被保険者（申請者） | 記号と番号      | 記号          | 番号 | 生年月日        |
|           |            |             |    | 昭・平・令 年 月 日 |
|           | フリガナ<br>氏名 |             |    |             |
|           | 住所         | 〒 — TEL — — |    |             |
| 会社名       |            | 所属名         |    |             |

|      |                      |                         |          |       |          |
|------|----------------------|-------------------------|----------|-------|----------|
| 申請内容 | 出産年月日<br>出産予定日       | 出産日                     | 令和 年 月 日 | 出産予定日 | 令和 年 月 日 |
|      | 出産のため休んだ期間<br>（申請期間） | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで |          |       | 日数 日間    |

|                                         |                                                |             |     |    |                           |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|-------------|-----|----|---------------------------|
| 確認事項（報酬）                                | 前記の療養のため休んだ期間（申請期間）に下記の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 |             |     |    | <input type="radio"/> いいえ |
|                                         | 「はい」の場合、該当するものに○を付け、必要な書類を添付してください             |             |     |    | <input type="radio"/> はい  |
|                                         | ① 会社からの報酬（賞金等）                                 |             |     |    |                           |
|                                         | ② 障害年金 → 傷病名の記載のある通知書等と年額通知書を添付し、以下を記入してください。  |             |     |    |                           |
|                                         | 障害年金<br>受給期間・受給額                               | 令和 年 月 日 から | 日数  | 日間 |                           |
|                                         |                                                | 令和 年 月 日 まで | 支給額 | 円  |                           |
| 確認事項（有休・出勤）                             | ③ 傷病手当金 → 健康保険 出産手当金支給申請書の写しを添付し、以下を記入してください。  |             |     |    |                           |
|                                         | 傷病手当金<br>受給期間・受給額                              | 令和 年 月 日 から | 日数  | 日間 |                           |
|                                         |                                                | 令和 年 月 日 まで | 支給額 | 円  |                           |
|                                         | 前記の療養のため休んだ期間（申請期間）に有給休暇又は出勤がありましたか。           |             |     |    | <input type="radio"/> いいえ |
|                                         | 「はい」の場合、該当するものに○を付け、必要な書類を添付してください             |             |     |    | <input type="radio"/> はい  |
|                                         | ① 有給休暇 ※有給休暇には、半日・時間休は含みません。                   |             |     |    |                           |
| 有休取得期間                                  | 令和 年 月 日 から                                    | 日数          | 日間  |    |                           |
|                                         | 令和 年 月 日 まで                                    |             |     |    |                           |
| ② 出勤 ※半日有休・時間有休については出勤した日としてカウントしてください。 |                                                |             |     |    |                           |
| 出勤期間                                    | 令和 年 月 日 から                                    | 日数          | 日間  |    |                           |
|                                         | 令和 年 月 日 まで                                    |             |     |    |                           |

|            |                                                                                                                         |      |                    |       |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|-------|
| 振込先指定口座    | 振込先指定口座について以下いずれかを選択してください。                                                                                             |      |                    |       |
|            | <input type="radio"/> ①上記において事業主経由での支給を了承しました。 ⇒ 下記振込先口座欄記載不要。                                                          |      |                    |       |
|            | <input type="radio"/> ②上記①以外の場合、下記振込先口座について記入してください。<br>※口座名義人が遺族の場合、別途代表者選定届等の手続きが必要です。<br>※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。 |      |                    |       |
|            | 金融機関名称                                                                                                                  |      | 銀行・信金・信組<br>農協・その他 |       |
|            | 支店名称                                                                                                                    |      | 本店・出張所・支店・その他      | 支店コード |
| 預金種別       | 普通 当座                                                                                                                   | 口座番号 |                    |       |
| 口座名義（カタカナ） |                                                                                                                         |      |                    |       |

## 健康保険 出産手当金支給申請書（医療機関用）

※この証明欄と同じ内容であれば、別書式での対応可能です。

|                    |               |          |                  |
|--------------------|---------------|----------|------------------|
| 出産者氏名              |               | 出産予定日    | 令和 年 月 日         |
| 正常・異常分娩の別          | 正常 異常         | 出産した日    | 令和 年 月 日         |
| 出産児の数              | 単胎・多胎 → ( ) 児 | 生産・死産の別  | 生産・死産 (妊娠 満 週 日) |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 |               | 令和 年 月 日 |                  |
| 医療機関の所在地           |               |          |                  |
| 医療機関の名称            |               |          |                  |
| 医師の氏名              |               |          |                  |
| 医療機関の電話 ( )        |               |          |                  |

【事業所担当者は以下ご対応ください】

- ①本申請書の画像をワークフロー内添付1へ添付してください。
- ②本申請書の原本を健保組合へ提出してください。
- ③出産手当金支給申請書（医療機関用）の原本を健保組合へ提出してください。
- ④医師の証明、出生届等の画像の添付はワークフロー内の指定箇所に添付してください。
- ⑤ワークフロー内に指示のない提出書類の画像は添付2以降へ添付してください。

|            |
|------------|
| 事業所<br>担当者 |
|            |