出産手当金・付加金

被保険者が妊娠・出産のため仕事を休み、その期間に給与の支払いを受けなかった場合に、生活保障の一部として健康保険組合から支給されます。出産の日が出産予定日より遅れた場合は、その遅れた期間も仕事を休み、給与が支給されなかったのであれば支給されます。

出産手当金を受けるための条件（以下のすべてに該当）

1	被保険者が出産した（する）こと　※被扶養者は対象外
2	妊娠4カ月（85日）以降の出産であること　※流産・死産・人工中絶等も対象
3	出産のため仕事を休み、給与（報酬）の支払いがない　または　その支払いが出産手当金よりも少ないこと

● 資格喪失後の継続給付

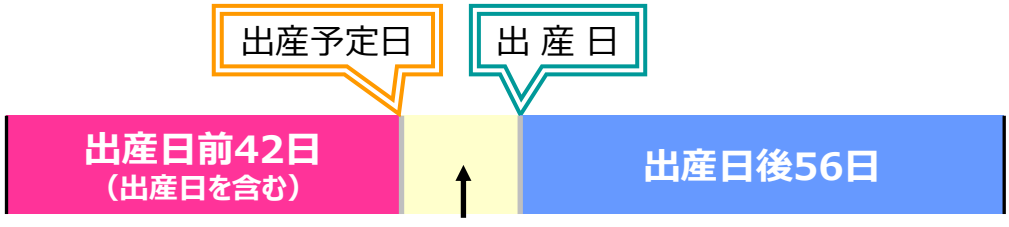
1	退職の時点で１年以上継続して被保険者の資格があること
2	支給期間内に退職していること
3	退職日に労務に服していないこと　※半日であっても勤務した場合、給付の対象外

㊟ 退職後の給付については、法定給付のみ支給となり、付加金については支給対象外となります

出産手当金支給期間

● 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



（2025.10）

常務理事	検　印	担　当

B

決定年月日

健康保険　出産手当金 出産手当金付加金　支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

記入日 令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号（右づめ）	記号　　番号	生年月日 ☐昭和 ☐平成　　年　　月　　日
氏名	（フリガナ）	電話番号（日中の連絡先） ☎　　（　　）
住所	〒　　ー	

☐ 本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主へ委任します（ □に✓を入れてください ）

申請内容

出産予定年月日	令和　　年　　月　　日	出産年月日	令和　　年　　月　　日
出産のために労務に服さなかった期間（支給期間）	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	日間	出生児の数 ☐単胎 ☐多胎

❶振込先の確認

現在の状況について、お尋ねします。

☐1. 在職中

☐2. 現在、任意継続被保険者、特例退職被保険者としてパナソニック健保に加入中

☐3. 令和　　年　　月　　日退職

「3」に該当する方のみ、❷をご記入ください ➡

❷資格喪失者の口座

コード番号	（金融機関コード）	（店番コード）
金融機関名称	☐銀行 ☐金庫 ☐信組 ☐その他	☐本店 ☐支店 ☐出張所
預金種別	普通	口座番号　　（右づめ）
口座名義人	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）◆被保険者名義の口座に限る	
公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。 （上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします） ☐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。	

㊟ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄が確認できる書類（戸籍謄本、住民票等）の提出が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

健保受付印

「医師・助産師記入欄」、「事業主記入欄」は２ページに続きます 〉〉〉

健康保険　出産手当金 出産手当金付加金　支給申請書

1 2

医師・助産師 事業主 記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

医師・助産師記入欄

出産者氏名			
出産予定年月日	令和　年　月　日	出産年月日	令和　年　月　日
出生児の数	□ 単胎　□ 多胎（　児）	出産又は死産の別	妊娠（　週）□ 生産　□ 死産

上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日

医療施設の所在地

医療施設の名称

TEL　（　）

医師・助産師の氏名

事業主記入欄

支給対象期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間	欠勤中の会社報酬	□ 支給 □ 不支給	資格取得日	年　月　日
給与区分	□ 完月者　□ 月給者 → 1. 正社員　3. 契約社員 □ 日給者　□ 時給者　2. 準社員　4.（　）	産休中の会社報酬	□ 支給 □ 不支給	資格喪失日	年　月　日

↓支給対象期間の勤怠（勤怠表の添付でも可）【 出勤→出　年休→年　休日→／　欠勤→欠　産休→休　育休→育 】

	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	
月																																産休 日
月																																産休 日
月																																産休 日
月																																産休 日
月																																産休 日

この申請内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。

年　月　日

・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

事業所コード（　）

（本件問合せに必要ですので、必ず記入してください）

本件問合せ連絡先

部署・担当者名

電話連絡先

欠勤・産休中に会社報酬が支給される者は、下記の会社報酬の算定基礎数値を記入

月収変更年月日	基準内月収(円)	基礎月収(円)	控除率(%)	減給率(%)
年　月　日～				
年　月　日～				

左記算定基礎数値がない場合

【欠勤1日あたりの会社報酬】　円

【産休1日あたりの会社報酬】　円

健保記入欄

SEQ	支給期間	支給区分ごとの日数 法2/3	支給区分ごとの日数 付85%-2/3	公休日数	108条の額	支給決定金額
	年　月　日～　年　月　日				円	円
	年　月　日～　年　月　日				円	円
	年　月　日～　年　月　日				円	円
	年　月　日～　年　月　日				円	円