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

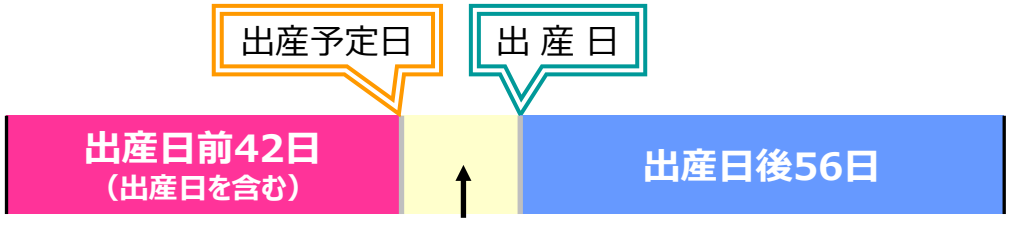
1	退職の時点で１年以上継続して被保険者の資格があること
2	支給期間内に退職していること
3	退職日に労務に服していないこと　※半日であっても勤務した場合、給付の対象外

㊟ 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



（2024.12）

常務理事	検　印	担　当

記入例

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 5 年 10 月 10 日

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号（右づめ）	記号 10　番号 0123456	生年月日 ☐昭和 ☑平成 05年01月28日
氏名	（フリガナ）ケンポ　ハナミ 健保　花美	電話番号（日中の連絡先） ☎ 012（345）6789
住所	〒○○○－○○○○ △△県△△市△△町△△番△△号△△	

☑ 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 5 年 8 月 5 日	出産年月日	令和 5 年 8 月 3 日
出産のために労務に服さなかった期間（支給期間）	令和 5 年 6 月 23 日から 令和 5 年 9 月 28 日まで	98 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

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

医師・助産師記入欄

被保険者は記入しないでください

受取代理人に記入依頼を行ってください

事業主記入欄

事業所記入欄

被保険者は記入しないでください

健保記入欄

健保記入欄

被保険者は記入しないでください