出産手当金請求書　記入例

被保険者が記入する欄（被保険者がご自身でご記入ください）

健康保険記号・番号 ①	記号	1	番号	XXXXX	請求日 ②	2026 年 1 月 1日	
フリガナ	ケンポ ハナコ				被保険者連絡先 (日中連絡可能な電話番号) ④	080（ XXXX ）XXXX	
被保険者氏名（自署） ③	健保 花子						
現住所 ④ 出産手当金の支給決定通知書の送付先となります。（簡易書留郵便） また、ご提出いただいた書類に不備があった場合等に、ご記入いただいた住所宛に書面を送付することがあります。 ⑤	〒（ 170 － XXXX ） 住所：東京都 豊島区 東池袋X-X-X						
	※上記現住所以外への書類送付を希望される場合は、下欄に☑を付けたうえで、住所をご記入ください。						
	□ 年 月 日ごろまでは下記住所へ送付希望						
	〒（ － ） 住所：						
出産予定日 ⑥ 医師または助産師が記載する欄の「出産予定日」と同日	2025 年 10 月 25 日				出産日 ⑦ 医師または助産師が記載する欄の「出産日」と同日	2025 年 10 月 15 日 （□多胎：該当の場合は☑ ）	
出産のため就労しなかった期間 ⑧ 日数も必ずご記入ください。 対象期間は、出産の日を含めた42日間（多胎出産の場合は98日間）と、出産の日の翌日から起算した56日間です。 出産の日が出産予定日より遅れた場合は、遅れた日数分を加えます。	2025 年 9 月 4 日 から 2025 年 12 月 10 日 までの 98 日間						
上記期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか。 ⑨ いずれかに☑をしてください。 「はい」に☑をした場合のみ、報酬対象期間と報酬額（総支給額）をご記入ください。	□ はい → 【報酬対象期間】 年 月 日 から 年 月 日まで 【報酬額(総支給額)】 円						
	☑ いいえ						
⑩ 振込希望金融機関	銀行名	XXX 銀行 信用金庫			支店名	XXX 支店	
	口座番号（右詰でご記入ください）	普通預金 1 2 3 4 5 6 7			口座名義	被保険者名義	

【注意事項】

・支払日は、原則毎月5日・15日・25日（土日祝日の場合は、前営業日）となります。(各支給日の8営業日前までに不備なく書類が当健保組合に到着したものを支給)
　なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。
・時効は、労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年です。(健康保険法第193条)

◆産前休暇分・産後休暇分を分けて請求する場合について◆

・産後休暇分の請求の際は、「出産手当金請求書」（被保険者が記入する欄）（健-17①）」のみを、ご提出ください。
※「出産手当金請求書（事業主が証明する欄・医師または助産師が記載する欄）（健-17②）」の提出は不要です。

健康保険法 施行規則 第八十七条 （出産手当金の支給の申請）【抜粋・一部要約】
　法第百二条第一項の規定により出産手当金の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。
一 被保険者等記号・番号又は個人番号
二 出産前の場合においては出産の予定年月日、出産後の場合においては出産の年月日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定年月日及び出産の年月日）
三 多胎妊娠の場合にあっては、その旨
四 労務に服さなかった期間
五 出産手当金が法第百八条第二項ただし書の規定によるものであるときは、その報酬の額及び期間
六 出産手当金が法第百九条の規定によるものであるときは、受けることができるはずであった報酬の額及び期間、受けることができなかった報酬の額及び期間、法第百八条第二項ただし書の規定により受けた出産手当金の額並びに報酬を受けることができなかった理由
七 次のイ及びロに掲げる者の区分に応じ、当該イ及びロに定める事項
イ 払渡しを受けようとする預貯金口座として、公金受取口座を利用しようとする者 払渡しを受けようとする預貯金口座として、公金受取口座を利用する旨
ロ イに掲げる者以外の者 払渡しを受けようとする金融機関等の名称
２ 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。
一 出産の予定年月日に関する医師又は助産師の意見書　二 多胎妊娠の場合にあっては、その旨の医師の証明書　三 前項第四号の期間に関する事業主の証明書
３ 第八十四条第七項の規定は、出産手当金の支給の申請について準用する。この場合において、同項第一号中「法第九十九条第二項」とあるのは「法第百二条第二項において準用する法第九十九条第二項」と、「次条」とあるのは「第八十七条の二において準用する次条」と、「、第六項及び第七項」とあるのは「及び第六項」と、同項第二号中「次条」とあるのは「第八十七条の二において準用する次条」と読み替えるものとする。
４ 第二項第一号の意見書には、これを証する医師又は助産師において診断年月日及び氏名を記載しなければならない。
５ 同一の出産について引き続き出産手当金の支給を申請する場合においては、その申請書に第二項第一号の意見書及び同項第二号の証明書を添付することを要しない。６（略）
※健康保険の記号-番号の代わりにマイナンバー（個人番号）で申請する場合は、番号欄にマイナンバー（個人番号）を記載してください。

受付日付印

提出先	GIB→大槻事務所 PGF・CLIS・PGI・PGビジネスサービス・年金ホーム・三栄収納サービス・GIB労働組合→各事業主の健康保険担当 ※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください

出産手当金請求書

⑪ 事業主が証明する欄（本社等で証明するため、被保険者は空欄のままご提出ください）

健康保険記号・番号	記号	1	番号	XXXXX	**被保険者氏名**	健保　花子
労務に服さなかった期間	2025 年　9 月　4 日 から　2025 年 12 月　10 日 までの　98　日間					

上記期間中の分として、報酬を全額または一部支給した場合又は支給する場合 （書ききれない場合等は、賃金台帳写しでの証明でも可。但し、報酬の期間・報酬額を右欄と同様形式で作成の上、証明ください。）	報酬月 [支給月]	支給対象期間 [支給内訳]	報酬額内訳 [　　]	[　　]	[　　]	報酬計
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
現在まで又は将来も支給しない場合はその旨						

上記のとおり相違ないことを証明します。

2026 年　1　月　10　日

事業所名称：XX株式会社

事業主氏名：健康　一郎

ジブラルタ健康保険組合　理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

⑫ 医師または助産師が記載する欄（被保険者が、医師または助産師に記載を依頼してください）

対象者氏名	健保　花子	**生年月日**	S ・ (H) 5年　1月　1日生
出産予定日	2025 年　10 月　25 日	**出産日**	2025 年　10 月　15 日
出産後のときは、正常出産・異常出産の別 （いずれかに〇を付けてください）		(正常) ・ 異常	
出産後のときは、生産・死産の別 （いずれかに〇を付け、死産の場合のみ妊娠月数をご記入ください）		(生産) ・ 死産　（妊娠　　ヶ月）	
単胎・多胎の別 （いずれかに〇を付けてください）		(単胎) ・ 多胎	

上記のとおり相違ありません。

2025 年　12 月　15 日

所　在　地　：　〒（170 － XXXX）

住所：東京都　豊島区　東池袋X-X-X

電　話　番　号　：　03　(XXXX)　XXXX

医療施設等の名称　：　XX病院

医師・助産師氏名　：　健康　太郎

ジブラルタ健康保険組合　理事長 殿

受付日付印

提出先	GIB→大槻事務所 PGF・CLIS・PGI・PGビジネスサービス・年金ホーム・三栄収納サービス・GIB労働組合→各事業主の健康保険担当 ※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください

次のような場合に、この請求書をご使用ください
被保険者が出産のためにお仕事を休み、給料がもらえなかった期間について出産手当金を請求するとき

【記入要領（記入例の番号と照合してください】
①健康保険記号・番号（法規則第87条）
健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください。
②請求日
請求日をご記入ください。
③被保険者氏名（自署）
被保険者の氏名を自署でご記入ください。
④被保険者連絡先
被保険者の日中連絡可能な電話番号をご記入ください。
⑤現住所
被保険者の現住所をご記入ください。
⑥現住所以外の書類送付先希望住所
当健保組合からの書類を被保険者の現住所以外の住所へ送付を希望される場合は、☑を付けたうえ、日付と住所をご記入ください。
（被保険者宛の簡易書留でお受け取り可能なご住所をご記入ください。）
⑦出産予定日（法規則第87条）
出産予定日をご記入ください。⑭の「医師または助産師が記載する欄」と同じ日付になっているかご確認ください。
⑧出産日（法規則第87条）
出産年月日をご記入ください。⑭の「医師または助産師が記載する欄」と同じ日付になっているかご確認ください。（多胎の場合は☑を付けてください。）
⑨出産のため就労しなかった期間（法規則第87条）
出産のため、就労しなかった期間をご記入ください。（将来に向かっての請求はできません。）
※原則、産後56日経過後にご請求をお願いしておりますが、産前分と産後分を分けて請求する場合は、以下の期間をご記入ください。
【産前分】出産の日を含めた前42日間
【産後分】出産の日の翌日より起算した56日間
⑩上記期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか。（法規則第87条）
出産のため就労しなかった期間における報酬の受給状況について、該当するものに☑を付けてください。
「はい」に☑を付けた場合は、【報酬対象期間】と【報酬額(総支給額)】をご記入ください。
⑪振込希望の金融機関
振込希望の被保険者名義の金融機関をご記入ください。
⑫事業主が証明する欄（法規則第87条）
事業主にて労務不能期間を証明する欄のため、請求者はご記入する必要はありません。
⑬医師または助産師が記載する欄（法規則第87条）
医師または助産師の証明を取得してください。取得後、記入漏れがないかご確認ください。

【必要書類】
・出産手当金請求書（被保険者が記入する欄）（健-17①）
・出産手当金請求書（事業主が証明する欄・医師または助産師が記載する欄）（健-17②）
※産前分と産後分を分けて請求する場合は、**産前分請求時のみ、**
「出産手当金請求書」（事業主が証明する欄・医師または助産師が記載する欄）（健-17②）を添付してください。
【提出期限】
出産のため労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年以内に申請してください。
※時効…出産のため、労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年（健康保険法　第193条）
【支給日】（支給日が土日祝日の場合は前営業日）
原則毎月5日・15日・25日（各支給日の8営業日前までに不備なく書類が当健保組合に到着したものを支給）
なお、請求書に不備があった場合や、被保険者や医療機関等に確認しなければならない事項がある場合は、この標準的な日程を超える場合もありますので、
ご了承願います。
※ご請求のタイミングや内容によっては、ご請求いただいてから支給までに1ヵ月以上かかる場合があります。

【提出先】
・各事業主の健康保険担当

事業主名	担当部署
ジブラルタ生命保険株式会社	社会保険労務士法人　大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所：Gibraltar Web Portal ＞ 給与厚生サービス ＞ 社会保険サブメニュー

事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
プルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当