



出産手当金申請利用者画面

- 出産手当金の申請は事業主に提出され、事業主より健康保険組合に提出となります。
- リクルート健康保険組合で任意継続等記号番号の変更があった場合、以前の記号番号の期間の申請はMYHEALTHWEBでは受付できません。書面にて申請ください。
- MYHEALTHWEBは申請内容の誤り等で却下となった場合、再度すべての項目の入力、添付書類のアップロードが必要となります。



【利用者画面】出産手当金支給申請

申請TOP画面

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 出産手当金支給申請

出産手当金支給申請

| | |
|------|--|
| 申請者 | 被保険者の申請になります。 |
| 申請方法 | このサイトの申請画面に必要な項目を入力してください。 ※添付書類として、下記PDFでの医師の証明書の提出が必要です。 事前に下記のPDFを印刷して医師の記入と押印をもらってください。 【出産手当金請求（医師証明用）】 申請をすると事業主に提出され、事業主より勤怠、賃金証明等と合わせて健康保険組合に提出されます。不備等がありましたら事業主から差戻しされることがございます。 |
| 注意事項 | 申請することができるのは被保険者のみです。 |

- ①事前にPDFを印刷し、医師の記入、押印、証明を受けてください。
- ②上記①の書類、他必要添付書類を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

申請する

届出・申請の履歴



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。
お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

※出産手当金の申請は申請すると事業主に提出され、
事業主より健康保険組合に申請されます。
不備等があった場合、事業主から連絡が入ることがあります。

2.【利用者画面】出産手当金支給申請

この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > [出産手当金支給申請](#)

出産手当金支給申請

本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。

この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てチェックをつけて次へ進むボタンを押してください。

前画面のPDF「出産手当金請求（医師証明用）」に医師の記入、押印をもらっており、画像データのアップロードが可能です。

前画面の申請方法、注意事項について確認しました。

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

申請者情報

出産手当金支給申請

申請者情報

申請者の情報を入力してください。

| | |
|-------------|--|
| 申請者 | テスト |
| 連絡先：電話番号 | <input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する <input type="text" value="09012345678"/> <input type="radio"/> 新規に登録する |
| 連絡先：メールアドレス | ※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。 <input type="text" value="test@test"/> |

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

2.【利用者画面】出産手当金支給申請

申請内容入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 出産手当金支給申請

出産手当金支給申請

申請内容

申請内容を入力してください。

必要項目を全て入力し、
添付書類をアップロードしてください。

| | | |
|-------------------------------------|----|---|
| 出産予定日 | 必須 | 2025/01/10 |
| 出産日 | 必須 | 2025/01/15 |
| 出産のため休んだ期間（申請期間） | 必須 | 2024/11/30 ~ 2025/03/12 |
| 休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか？または今後受けられますか？ | 必須 | <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ |
| 出生児の数 | 必須 | <input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 |
| 住所 | 必須 | <p>郵便番号 必須 ※ハイフンなしの半角数字（7桁） 1006640 <input type="button" value="検索"/></p> <p>都道府県 必須 東京都</p> <p>市区町村番地 必須 ※全角入力 千代田区丸の内グラントウキョウサウス</p> <p>建物名・部屋番号など 任意 ※全角入力 *マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください（漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります）。</p> |
| 添付書類 | 必須 | <p>shussanteate_ishi_shoumei.pdf <input type="button" value="削除"/></p> <p><input type="button" value="ファイルを選択"/></p> <p>・出産手当金請求（医師証明用）</p> <p>※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,pdf」のみとなります。 ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。 ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。 ※ファイル名にスペースは使用できません。 ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただけます。</p> |

通知書や不備・追加書類の
依頼等の郵送物が届く住所
を入力ください。

← 前へ戻る

次へ進む→

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

2.【利用者画面】出産手当金支給申請

振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

| | | |
|-----------|----|---|
| 公金受取口座 | 必須 | <input type="radio"/> 公金受取口座を利用 <small>※利用をご希望の場合、</small> <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用 |
| 振込先指定口座名義 | 必須 | <input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込 |
| 振込先指定口座 | 必須 | <input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込 銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/> 支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する 預金種類 必須 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄 口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/> 口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/> |

公金受取口座を選択した場合、
 給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、
 給付日が遅れることがあります。
 公金受取口座を選択する場合は、必ずご自身の
 マイナポータルで口座番号に誤りがないかご確認ください。

←前へ戻る

確認画面へ

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

2.【利用者画面】出産手当金支給申請

入力内容確認

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 出産手当金支給申請

出産手当金支給申請（入力内容確認）

申請者情報

| | | |
|--------------|-----------------|-------------|
| 被保険者等記号 - 番号 | 9999991-9999991 | |
| 申請者 | テスト | 続柄 |
| 連絡先：電話番号 | 必須 | 09012345678 |
| 連絡先：メールアドレス | 必須 | test@test |

全ての入力内容に誤りが無いか、アップロード画像に誤りが無いか、文字等が鮮明であるか確認ください。

申請内容

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|--|-------------|---|--|--|--|-------|----------|-----|----------|--|------|----------|----------|-------------|---|
| 出産予定日 | 必須 | 2025-01-10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産日 | 必須 | 2025-01-15 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産のため休んだ期間（申請期間） | 必須 | 2024-11-30 ~ 2025-03-12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか？または今後受けられますか？ | 必須 | いいえ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出生児の数 | 必須 | 単胎 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 必須 | 郵便番号: 100-6640 都道府県: 東京都 市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 建物名・部屋番号など: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 必須 | <p style="text-align: center;">出産手当金請求（医師証明用）</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>出産したものの氏名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>出産予定日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>出産日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>出生性別</td> <td>男児・女児（人）</td> <td>分娩又は死産の区</td> <td>出産・死産（国産・産）</td> <td>日</td> </tr> </table> <p><small>上記の通り情報が入っていることを証明いたします。 令和 年 月 日</small></p> <p><small>医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名</small></p> <p style="text-align: right;"><small>印刷可能・印刷はPDF形式で行ってください</small></p> | 出産したものの氏名 | | | | | 出産予定日 | 令和 年 月 日 | 出産日 | 令和 年 月 日 | | 出生性別 | 男児・女児（人） | 分娩又は死産の区 | 出産・死産（国産・産） | 日 |
| 出産したものの氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 | 出産日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 出生性別 | 男児・女児（人） | 分娩又は死産の区 | 出産・死産（国産・産） | 日 | | | | | | | | | | | | | |

振込先口座情報

| | | |
|--------|-----------|-------------|
| 公金受取口座 | 必須 | 公金受取口座を利用する |
|--------|-----------|-------------|

←前へ戻る

入力内容を確定する

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

2.【利用者画面】出産手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

出産手当金支給申請（申請完了）

出産手当金支給申請が完了しました。

審査完了後、審査結果については、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等がある場合、事業主もしくは健康保険組合よりメール、電話、郵送にてご連絡をさせていただきます。

添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。
事業所を經由して健康保険組合に申請されます。

不備等がありましたら、事業主・健康保険組合より
メール、電話、郵送等で連絡が入ることがございます。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、
詳細はそちらをお待ちください。