

届書コード		
6	3	2

健康保険 出産手当金支給申請書(第 回)

◆ 消せるペンは使用しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	㉗ 被保険者証の記号・番号		㉘ 被保険者の生年月日		
			年 月 日		
	㉙ 被保険者 (申請者)の氏名	(フリガナ)			㉚ 資格取得 年月日
			年 月 日		
	㉛ 被保険者 (申請者)の 住 所	(フリガナ)			
			〒 - 都道 府県		
			電話 ()		
㉜ 出 産 日	年 月 日		㉝ ㉜の出産日は実出産ですか または予定出産ですか。	1. 実出産 (出産予定日 2. 予定出産 年 月 日)	
㉞ 出産のため休んだ期間 (申請期間)	年 月 日から		年 月 日まで		
㉟ 上記㉞の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。			<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない		
㊱ 上記㉟で「受けた」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった期間を記入してください。			年 月 日から 年 月 日まで 円		

※㉝欄の㉝は被保険者(申請者)本人が署名した場合は押印は不要です。

振 込 希 望 口 座	㊲ 銀行 信組 店・本店 金庫 農協 支店・出張所 支所	
	[金融機関コード:] [店番号:]	
㊳ 預金 種別	普通 当座 貯蓄	口座 番号
		口座名義 (カタカナで記入)

備考欄

年 月 日 提出

受付日付印

▼給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	年 月 日			
	被保険者 住 所 (申請者)		氏 名	
			〒 -	
受 取 人 情 報	代理人の 氏 名	(フリガナ)		委任者と 代理人 との関係
	代理人の 住 所	〒 -		
		電話 ()		

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	②勤務状況（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください）							出勤	有給																											
	年	月	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	計	日	日
	年	月	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	計	日	日
	年	月	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	計	日	日
	年	月	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	計	日	日
	年	月	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	計	日	日
	③労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しましたか？							<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ																												
	④労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。																																			
	賃金内訳	手当の名称等	単価	月 日～	月 日～	月 日～	給与の種類（○で囲んでください）																													
				月 日分	月 日分	月 日分	月給	日給	月給日給	時間給	歩合給	その他																								
			支給額	支給額	支給額	賃金計算																														
基本給						締日	日	支払日	当月	翌月	日																									
通勤手当						●賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）を記入ください。																														
現物給与																																				
計						担当者氏名																														

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日 事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名
 電 話 ()

※労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しの添付をお願いします。

医師または助産師が意見を記入するところ	出 産 者 氏 名			
	出 産 予 定 年 月 日	年 月 日	出 産 年 月 日	年 月 日
	出 生 児 の 数	単胎・多胎 (児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
年 月 日 医療施設の所在地				
医療施設の名称				
医師・助産師の氏名				
電 話 ()				

※訂正する場合は訂正印を訂正箇所を押してください。

《記入上の注意》

- 訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください。(修正液等は使用しないでください。)
- 平成29年1月から申請は「被保険者証の記号・番号又は個人番号(マイナンバー)」のどちらかを選択して申請できるようになりました。
個人番号による申請をする場合(備考欄等に記載)は、従来の申請とは添付書類・取扱いなどが異なりますので給付課(Tel03-3862-5101音声案内②)までご連絡をいただきますようお願い申し上げます。

《添付書類について》

- (事業主の方へ)労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しの添付をお願いします。なお、役員などで、賃金台帳および出勤簿がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しの添付をお願いします。
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)

出産手当金の支給要件等

■ 支給をうける条件

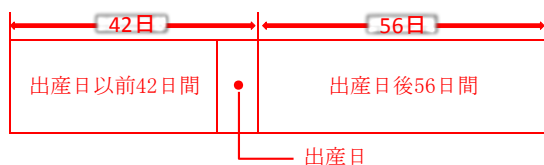
被保険者が出産のため仕事を休み、給与を受けられない場合は、出産手当金が支給されます。なお、被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日(退職日等)に出産手当金の支給を受けているか、受けられる状態であれば、被保険者期間中に引き続いて支給を受けることができます。

■ 支給期間と支給額

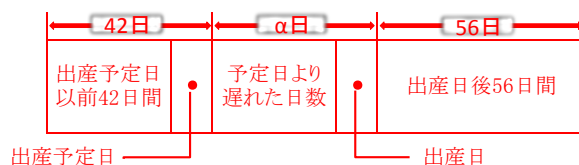
1. 支給期間

出産手当金は出産日(出産が出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日後56日までの期間で、支給要件を満たした期間について支給されます。なお、出産日は出産日以前の期間に含まれます。また、出産が出産予定日より遅れた場合は、その期間を含めて支給されます。

< 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 >



2. 支給額

出産手当金の支給額は、支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12ヵ月間の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する額です。
(被保険者期間が1年に満たない場合はお問い合わせください。)

給与の支払いがあつて、出産手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。

● 傷病手当金を同時に受けられるとき

出産手当金の支給期間中に傷病手当金も受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間傷病手当金は支給されません。ただし、この場合において傷病手当金が支給されてしまったときは、出産手当金の内払いとみなされます。また、出産手当金の額が、傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。