

|           |          |          |     |      |       |         |       |
|-----------|----------|----------|-----|------|-------|---------|-------|
| ※         | 同 年 月 日  | 令和 年 月 日 | 決 裁 | 常務理事 | 事務長   | 記入例     |       |
| 支 払 年 月 日 | 令和 年 月 日 |          |     |      |       |         |       |
| 支 給 額     |          |          |     |      |       |         |       |
| 決 議 書     | 支 給 内 訳  | 法定 附 加   | 資 格 | 得 喪  | 年 月 日 | 療 養 得 喪 | 年 月 日 |

## 健康保険 出産手当金支給請求書

|   |   |  |   |                                    |   |       |       |                 |    |     |    |    |
|---|---|--|---|------------------------------------|---|-------|-------|-----------------|----|-----|----|----|
| ◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。<br>◎「※」印欄は記入しないでください。<br>◎受取代理人欄の記入方法は記入例をご確認ください。<br>◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ずご覧ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。 | 被保険者の記号・番号(左詰め)   | ⑦ 生 年 月 日  | 支給額計算   | 給付記録番号                             | 受取代理人   | 受付年月日 |       |                 |    |     |    |    |
|   | 43215978900   | 昭平令 570908   | 12345   |                                    | 0:無<br>1:有  |       |       |                 |    |     |    |    |
|   | ①被保険者の(申請者)氏名   | (フリガナ) ケンポ (フリガナ) ハナコ<br>(氏) 健保 (名) 花子   | 事業所の名称  | (会社名)                              |   |       |       |                 |    |     |    |    |
|   |   | ※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。  | 事業所の所在地   | (会社の住所)                            |   |       |       |                 |    |     |    |    |
|   | 被保険者の(申請者)住所  | 郵便番号 100-0000 (フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル  | 電話番号 03-xxxx-xxxx                               | 住所 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101          |   |       |       |                 |    |     |    |    |
|   | 被保険者の資格を取得した日   | 平成 8年 4月 1日  | 被保険者の標準報酬月額                                     | 360 千円                             |   |       |       |                 |    |     |    |    |
|   | ⑧ 出産(予定)の日  | 令和 2年 5月 1日  | ⑨ 左記の⑧の出産日は実出産ですか。又は予定出産ですか                     | 1.実 出 産 (出産予定日 2年 5月 1日)<br>2.予定出産 |   |       |       |                 |    |     |    |    |
|   | ⑩ 出産のため休んだ期間(支給期間)  | 令和 2年 3月 21日から<br>2年 6月 26日まで  | 9 8 日間  | 自                                  | ※   | 年     | 月     | 日               | 日間 |     |    |    |
|   | ⑪ ⑩の期間の部分の報酬を受けましたか。又は受けられますか   | 受けない<br>受けられない   | 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間 | 年                                  | 月   | 日から   | の分として | 年               | 月  | 日まで | 円  |    |
|   | 確認欄   | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。<br><input checked="" type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br><input type="checkbox"/> 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。 |   |                                    |   |       |       |                 |    |     |    |    |
| 支給算出  | 調整減額コード   | 海外表示   | 特別支給コード   | 備考                                 | ※出産前(出産日含む)42日間と、出産後(出産日翌日より)56日間に分けての申請も可能です。その際、医師又は助産師の証明は出産前の1回で結構です。 |       |       |                 |    |     |    |    |
| 減   | 全部不支給   | 期間   | 自   | 年                                  | 月   | 日     | 至     | 年               | 月  | 日   | 日数 | 金額 |
| 不支給(産前)   | 原則、お勤め中の方は、2.事業所経由(銀行等記入不要)になります。<br>任継の方は、1.銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座のため銀行等記入不要)となります。<br>※退職者のみ銀行名等詳細記入必須。<br>★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。 |  |   |                                    |   |       |       |                 |    |     |    |    |
| 受取金融機関  | 支払区分  | 1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用(以下記入不要)  | 預金種別  | 振込銀行                               | 銀行  |       |       | 本店<br>支店<br>出張所 |    |     |    |    |
| ☑ ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。  | 被保険者(申請者)氏名   | 令和 7年 4月 1日  |   |                                    |   |       |       |                 |    |     |    |    |
| 事業主名称   | ●●●株式会社 健保 太郎   |  |   |                                    |   |       |       |                 |    |     |    |    |
| ☐ ②本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。  | 被保険者住所  | 年 月 日  |   |                                    |   |       |       |                 |    |     |    |    |
| お勤め中の方は、事業主経由になります。<br>令和7年4月1日より<br>「受取代理人の欄」の①を選択し、事業主名・被保険者氏名・日付の記入をお願いします。<br>※事業主への受領委任は給付の都度とする運用に変更。                                 |   |  |   |                                    |   |       |       |                 |    |     |    |    |
| 【訂正方法】<br>●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。<br>例： あいうえお かきくけこ(健保太郎)   |   |  |   |                                    |   |       |       |                 |    |     |    |    |
| 社会保険労務士の提出代行者名  |   |  |   |                                    |   |       |       |                 |    |     |    |    |

○申請期間とその期間前一ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。

|  |   |   |                 |     |         |  |    |
|--|---|---|-----------------|-----|---------|--|----|
| 事業主が証明するところ                            | Ⓞ労務に服さなかった期間                                    |   | 年 月 日から 年 月 日まで |     | 日間      |  |    |
|  | 下の表の数字に出勤は「○」、有休は「△」、公休は「公」、欠勤は「／」でそれぞれ表示して下さい。 |   |                 |     |         |  |    |
|  | 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 |                 |     |         |  |    |
|  | 出勤 日  | 有給 日  | 年 月 日から         |     | 年 月 日まで |  | 日間 |
|  | 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 |                 |     |         |  |    |
|  | 出勤 日  | 有給 日  | 年 月 日から         |     | 年 月 日まで |  | 日間 |
|  | 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 |                 |     |         |  |    |
|  | 出勤 日  | 有給 日  | 年 月 日から         |     | 年 月 日まで |  | 日間 |
|  | 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 |                 |     |         |  |    |
|  | 出勤 日  | 有給 日  | 年 月 日から         |     | 年 月 日まで |  | 日間 |
|  | 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 |                 |     |         |  |    |
|  | 出勤 日  | 有給 日  | 年 月 日から         |     | 年 月 日まで |  | 日間 |
|  | 給与の種類   |   | 賃金計算            | 締 日 | 支 払 日   |  |    |
|  | 月給・日給・時間給                                       |   |                 | 日   | 日       |  |    |
| 労務につかなかった期間のうちの賃金支払状況(出勤した日、有給休暇の日を除く) |   |   |                 |     |         |  |    |
| (1)現在までも、また将来も支給しない場合はその旨              |   |   |                 |     |         |  |    |
| (2)全部または一部支給した(する)場合はその内訳              |   |   |                 |     |         |  |    |
| 上記のとおり相違ないことを証明します                     |   |   |                 |     | 担当者氏名   |  |    |
| 年 月 日 事業所所在地                           |   |   |                 |     |         |  |    |
| 事業所名称                                  |   |   |                 |     |         |  |    |
| 事業主氏名 電話 ( )                           |   |   |                 |     |         |  |    |

|                    |               |                |           |                  |  |
|--------------------|---------------|----------------|-----------|------------------|--|
| 医師又は助産師が意見を記入するところ | 出産年月日         | 令和 年 月 日       | 出産予定年月日   | 令和 年 月 日         |  |
|                    | 正常出産又は異常出産の別  | 正 常 ・ 異 常      | 生産または死産の別 | 生 産 ・ 死 産(妊娠 か月) |  |
|                    | 出生児の数         | 単 胎 ・ 多 胎 ( 児) |           |                  |  |
|                    | 上記のとおり相違ありません |                |           |                  |  |
| 令和 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(職名 )     |               |                |           |                  |  |
| 電話 ( )             |               |                |           |                  |  |

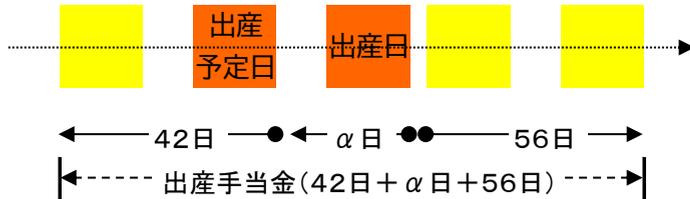
## 〈出産手当金の支給要件〉

出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所の勤務を休むことにより、賃金が受けられない場合に支給されます。支給の期間は、出産の日以前42日目から出産後の56日目までの間で、労務に服さなかった期間が対象となります。出産の日は、出産の日が産前予定日より送れた場合においては、産前予定日になります。出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。

多胎妊娠における支給の期間は、出産の日以前が98日となります。

支給額は欠勤1日につき標準報酬日額の3分の2です。

なお、給料をうけていても出産手当金の額より少ないときは、差額が支給されます。



### 「傷病手当金との調整」

出産手当金の支給期間中に傷病手当金の要件も満たす場合は、出産手当金が優先し、傷病手当金は支給されません。

なお、その期間に傷病手当金が支給されてしまった場合は、出産手当金の内払いとみなされ、その額だけ出産手当金の額、減額調整されます。

## 記入上の注意1（被保険者が記入するところ）

◆ 保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

- ⑦⑧の欄は、該当する番号をマル(O)で囲んでください。
- ①の欄は、押印は不要です。※押印に変わる重要事項として、必ず確認欄に☑をお願いします。
- 出産後に申請する場合は、⑨欄に産日を記入するとともに⑩欄に産前予定日を記入してください。
- ⑥の欄は、申請書を提出するとき、現在までのことを「受けた」「受けない」に、又将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて二つの事項をOで囲んでください。
- 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
- 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

## 記入上の注意 2（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

- 支払区分の欄は、該当する番号をマル(O)で囲んでください。

| 支払区分     | 内容   |
|----------|--|
| 1 銀行振込   | 給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。                          |
| 2 事業所経由  | 原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。   |
| 3 公金受取口座 | 公金受取口座利用制度については、デジタル庁ホームページをご確認いただき、事前に登録が必要となります。 |

- 在籍者は原則「①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。」を選択し、事業主名・氏名・日付を記入してください。ただし、給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。
- 公金受取口座の利用について
  - 利用の際には、マイナポータルにおいて事前登録が必要です。
  - ※公金受取口座は、マイナポータルからいつでも変更が可能のため、預貯金口座の実在性の確認等が行われます。登録した情報等の反映までに数日程度要することがあり、支給までに時間を要する場合があります。
  - 当組合では、これまでどおり、原則として事業主へ送金。公金受取口座への送金を希望される方のみ、申請書類への意思表示が必要となります。

## 添付書類について

- 「初回申請分」には、申請期間とその期間前一ヶ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写を添付してください。
- 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、翻訳者の住所および氏名を明記してください)

## 事業主へのお願い

- (1)は「給与規定第〇条により支給しない」等と参考事項を記入してください。
- (2)は④の期間中の分として支払う(支払予定を含む)報酬を記入してください。
- 月給者で支給しない場合は特に理由をくわしく記入してください。((1)に記入)
- 「全額支給」又は「一部支給」とは、1日当たりの賃金の全額又は一部のことです。