健康保険 出産手当金 支給申請書

注意事項

出産のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。

【支給を受ける条件】

次の条件を満たした場合は、出産手当金が支給されます。

- ① 被保険者が出産した（する）こと
- ② 妊娠4か月（85日）以上の出産であること
- ③ 出産のため仕事を休み、事業主から給与の支払いがないこと

【支給期間】

出産手当金は出産日（出産日が出産予定日より遅れた場合は出産予定日）以前42日（多胎妊娠は98日）から出産日後56日までの期間について支給されます。

※実際の出産が予定日より遅れた場合は「42日+α+56日」となります。

【支給額】

休んだ期間について給与の支払いがあってもその給与の日額が、出産手当金の日額より少ない場合は、出産手当金と給与の差額が支給されます。

1日当たりの金額：【支給開始日以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額】÷30日×（2/3）

【資格喪失後の出産手当金】

被保険者の資格を喪失した日の前日（退職日等）まで被保険者期間が継続して1年以上（任意継続被保険者期間は除く）あり、その被保険者資格を喪失した日の前日に出産手当金を受けているか、もしくは受けられる状態であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

【添付書類】 ※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。）

支給開始以前の12か月以内で事業所に変更があった方	以前の各事業所の名称、所在地及び各事業所に使用されていた期間がわかる書類
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

提出日 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	※保険証の上部に記載されています。		生年月日	年	月	日
	氏名・印 (自署の場合は押印 省略できます)	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	所属	部署名(出向者は出向先の会社名) を記入してください。		
	住所	(〒 485 - 0831)	愛知県小牧市〇〇〇1-〇-〇 △△マンション〇〇〇号室				
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅 0568 (xx) xxxx	携帯 090 (xxxxx) xxxxx				
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)				事業主に委任し、提出する場合は☑をつけてください。			

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼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字としてご記入ください。)			口座名義 の区分
ケンポ° タロウ					

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	TEL ()
	氏名・印	(フリガナ)	委任者と 代理人との 関係	

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバー 記入不要 要です
被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	2	1. 出産前の申請	2. 出産後の申請
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	平成 30 年 2 月 9 日	
		出産日	平成 30 年 2 月 11 日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	平成 29 年 12 月 30 日 から	平成 30 年 4 月 8 日 まで	100 日間
	4 上記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。または今後受けられますか。	1	1. はい	2. いいえ
	5 上記で「はい」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(なる)期間をご記入ください。	平成 29 年 12 月 1 日 から	平成 29 年 12 月 31 日 まで	〇〇〇,〇〇〇 円
6 出生児の数	☒ 単胎	☐ 多胎 () 児		

(申請期間)
 出産手当金は出産日(出産日が出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠は98日)から出産日後56日までの期間について支給されます。
 ※実際の出産が予定日より遅れた場合は「42日+a+56日」となります。

**医師または助産師に記入いただいでください。
 (記入漏れのないようにお願いします)**

医師・助産師記入欄	出産者氏名	
	出産予定年月日	
	出生児の数	
	上記のとおり相	
	医療施設の所在地	
	医療施設の名称	
	医師・助産師の氏名	TEL ()

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

この申請は、産前分・産後分など複数回に分けて申請することが可能です。ただし、事業主の証明欄については、毎回証明が必要です。なお、医師または助産師の証明欄は1回目の申請時に、出産日等が確認できた場合は、2回目以降の申請書への証明は省略可能になります。