

# 健康保険出産手当金請求書

(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	④ 被保険者証 記号と番号	記号	番号	⑤ 被保険者 (請求者)の 氏名と印	(フリガナ)	⑥	
	⑦ 被保険者 (請求者)の 住所と連絡先	〒	-	(フリガナ)	⑧ 生年月日		
	⑨ 事業所の名称						昭和・平成 年 月 日
	⑩ 被保険者の資格 を取得した日	年	月	日	⑪ 被保険者の 標準報酬月額	千円	
	⑫ 分べんの日	平成	年	月	日	⑬ 左記の⑩の分べん日は 実分べんですかまた は予定分べんですか	1. 実分べん (分べん予定日:平成 年 月 日) 2. 予定分べん
	⑭ 分べんのため休んだ 期間(請求期間)	平成	年	月	日	から	日間
	⑮ うえの⑬に書いた 期間の部分の報酬 を受けましたか、また は受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない		⑯ 報酬の支払を受けたときまた は受けられるときは、その報 酬の額とその報酬支払の基 礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として	円	

※ 在職中の方は、事業所への振込みとなりますので、事業所の健保口座名義人へ受取りを委任してください。

東 日 本 プ ラ ス チ ッ ク 健 康 保 険 組 合	⑰ 委任状	私は下記の者を代理人と定め、出産手当金の受領方を委任します。 平成 年 月 日	平成 年 月 日提出
	被保険者 (請求者)	住所 氏名	⑱ (⑮と同じ印鑑)
代理人	住所 事業所名 氏名	⑲	受付日付印

※ 下欄は、会社を退職した方のみご記入ください。

支払金融機関の欄	銀行		本店 出張所	
	金庫		支店 営業所	
預金 種別	1.普通 2.当座	口座 番号	口座 名義	

※ 記入・印漏れのないようお願いします。記入漏れがある場合、返戻して記入をお願いする場合があります。

※請求期間に対しての、タイムカード(出勤簿)・賃金台帳の写し、または出勤簿に関する証明書を添付してください。

事業主が証明するところ	㉞ 労務に服さなかった期間		㉝ 欠勤は○ 有給は△ 公休は公 出勤は出 で表示してください。															㉟ 合計	
	年 月 日から	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	欠勤	日
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
	年 月 日まで	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	有給	日
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
	日間	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	公休	日
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	日
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
	㉞ 給与形態	月給・日給月給・日給・時給・その他( )										締日	日から	日まで	支払日				
㉞ ㉟の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合、または支給する場合の内訳		年 月 日～	年 月 日まで	日間	(合計)	(日額)													
		年 月 日～	年 月 日まで	日間	円	円													
	手当	年 月 日～	年 月 日まで	日間	円	円													
	手当	年 月 日～	年 月 日まで	日間	円	円													
㉞	欠勤控除を行っている場合はその計算式																		
㉞	うえのとおり相違ないことを証明いたします。 平成 年 月 日																		
	所在地 事業所名 事業主氏名 電話 ( ) 番																		

医師または助産師が意見を書くところ	①	分べんした者の氏名				
	②	分べん予定年月日	平成 年 月 日	③	分べん年月日	平成 年 月 日
	④	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	⑤	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週)
	⑥	うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医療機関名 所在地 医師または助産師の氏名・印 電話 ( ) 番				

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

## 健康保険出産手当金請求書の記入方法及び注意事項等

### 【被保険者の方へ】

- ① 事業所を退職している者(任意継続被保険者を含む)は、在職中の記号・番号、事業所の名称を記入してください。(A⑤の欄)
- ② 事業所に在籍中の者は、委任状(Mの欄)を記入、捺印してください。(押印の省略不可)
- ③ ①は該当する文字をマルで囲んでください。なお、Ⓚは、請求書を提出するとき現在までのことを、「受けた」、「受けない」に、また、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マルで囲んでください。
- ④ 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休んだことにより、賃金が受けられない場合に支給されるもので、分べん日(分べんの日が分べん予定日より遅れた場合においては分べん予定日)以前42日(多胎妊娠の場合においては98日)日から分べんの日後56日目までの期間を限度として支給されます。なお、分べんの当日は、分べんの日以前の期間に含まれます。

### 【事業主の方へ】

- 訂正する場合、事業主の訂正印を押印してください。(複数の場合、枠外に捨印一箇所でも可)

### 【医師または助産師の方へ】

- ① ④及び⑤は該当する文字をマルで囲んでください。
- ② ⑤の「死産」をマルで囲んだ場合は、妊娠何ヵ月の死産であるかを当該欄に付記してください。
- ③ 訂正する場合、医師または助産師の訂正印を押印してください。

## 添付書類

- ① 請求期間にかかる賃金台帳とタイムカードの写し、または賃金台帳・出勤簿に関する証明書を添付してください。
- ② 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

## 出産手当金の支給要件等

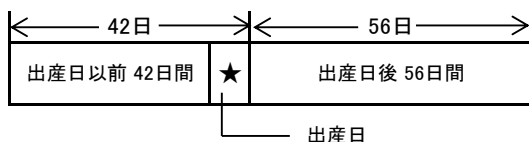
### < 支給を受ける条件 >

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。

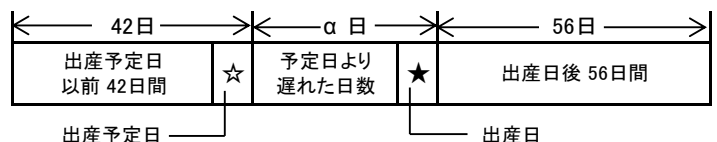
### < 支給期間(法定期間) >

出産手当金は出産の日(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、出産日は出産の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、又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】



### < 支給額 >

支給額は1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額です。なお、働くことができない期間について、①、②に該当する場合は、出産手当金の支給額が調整されます。

#### ① 事業主から報酬の支給を受けたとき

#### ② 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、その額だけ出産手当金の額が調整されます。