

健康保険出産手当金支給申請書 (第 回)

被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤ 支給額計算			⑥ 給 付 記録番号		⑦ 受 取 代理人		⑧ 受付年月日			
①	②	③	1:明 3:大 5:昭 7:平	年	月	日	※ 1. 2. 3. 4. 5.			※	※ 0:無 1:有	送信	※	年	月	日
⑨ 被保険者 (申請者) の氏名と印			(フリガナ)			⑦ 事業所の名称										
被保険者 (申請者) の住所			⑩ 郵便番号			(フリガナ)			⑪ 住所コード							
			電話 ( )													
① 被保険者の資格を取得した日			平成 年 月 日			⑦ 被保険者の標準報酬月額			千円							
⑫ 出産 (予定) の日			平成 年 月 日			⑬ 左記の⑫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 年 月 日) 2. 予定出産							
⑭ 出産のため休んだ期間 (支給期間)			平成 年 月 日			日間			自 ※ 年 月 日			日 数				
			平成 年 月 日						至 ※ 年 月 日			※ 日				
⑮ うえの⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。			受けた・受けない			⑯ 報酬の支払を受けたとき又は受けられると認められた(なる)期間			平成 年 月 日から			平成 年 月 日まで				
			受けられる・受けられない						の分として			円				
※			⑰ 支給算出額(手)			⑱ 調整減額コード			⑲ 海外表示			⑳ 特別支給コード				
			円			0:国内 1:海外						備考				
※			㉒ 減額期間			期間			自 年 月 日			至 年 月 日				
			日 数			日			金 額			円				
※			㉓ 全部不支給			期間			自 年 月 日			至 年 月 日				
			日 数			日										
※			㉔ 不支給(産前)			期間			自 年 月 日			至 年 月 日				
			日 数			日										
※			㉕ 不支給(産後)			期間			自 年 月 日			至 年 月 日				
			日 数			日										
支払金融機関の欄			㉖ 支払区分			1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払			㉗ 預金種別			1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別				
㉘ 金融機関コード			※									⑰ 銀行 本店 金庫 支店 信組 出張所				
㉙ 口座番号												信連 本所 信漁連 支所 農協 本店 漁協 支店				
									口座名義							
銀行送金の場合			銀行			支店			郵便局送金の場合			郵便局				
受取代理人の欄			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。			平成 年 月 日			平成 年 月 日提出			受付日付印				
			被保険者 (申請者) 住所 氏名			氏名			印							
㉚ 代理人の氏名と印			(フリガナ)			委任者と代理人との関係										
㉛ 代理人の住所			⑩ 郵便番号			(フリガナ)			⑪ 住所コード			送信				
			電話 ( )													
社会保険労務士の提出代行者印												印				

○「初回申請分」には、申請期間とその期間前1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日 (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
	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) 支給しない 現在も将来も支給しない場合はその理由を記入してください。							賃金計算																											
										締日	日																								
	(2) 全部または一部支給した(する)場合はその内訳							支払日	日																										
	㊟支給した(する)内訳	支給期間	単価	全部支給	一部支給	一部支給	支払日	給与の種類 (○で囲んでください)																											
区分		月日～月日		月日～月日	月日～月日																														
基本給					月日	月給 日給 時間給 歩合給 月給 その他																													
家族手当					月日																														
手当					月日																														
手当					月日																														
手当					月日																														
現物給与					月日																														
計																																			
上記のとおり相違ないことを証明します						担当者氏名																													
平成 年 月 日 事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名						㊟ 電話 ( )																													

医師または助産師が意見を記入するところ	出産年月日	平成 年 月 日	出産予定年月日	平成 年 月 日
	正常出産又は異常出産の別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)		
	上記のとおり相違ありません。			
平成 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 ( 局) 番				

## <出産手当の支給要件>

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日目から出産後の日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。

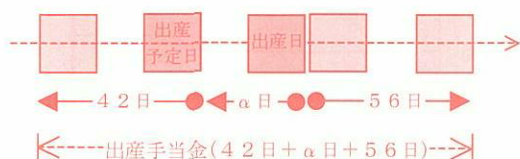
出産の日は、出産の日が出産予定日より遅れた場合においては、出産予定日になります。出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。

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6割です。

※平成19年4月以降は、支給額が欠勤1日につき標準報酬日額の3分の2に改正されます。

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が減額調整されます。

## 記入上の注意 1（被保険者が記入するところ）

- ④⑬の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
- ⑨の欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
- 出産後に申請する場合は、⑫欄に出産日を記入するとともに⑬欄に出産予定日を記入してください。
- ⑭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○で囲んでください。

## 記入上の注意 2（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

- ⑳㉘の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
- ㉙の欄は該当する金融機関をマル（○）で囲んでください。㉚支払区分の内容は次のとおりです。

支 払 区 分	内 容
1 振 込	給付が決定した場合、指定の金融機関の口座へ振込みます。郵便局の口座への振込は行っていません。
2 銀 行 送 金	給付が決定した場合、指定の銀行の窓口で受け取ることができます。
3 郵 便 局 送 金	給付が決定した場合、指定の郵便局の窓口で受け取ることができます。
4 当 地 払	給付が決定した場合、管轄の社会保険事務所の窓口で指定された日時に受け取ることができます。

※ 「2 銀行送金」と「3 郵便局送金」は、指定できない場合があります。希望されるときはあらかじめ社会保険事務所にご確認願います。「当地払い」は、管轄の社会保険事務所から通知により指定された日時に受けることとなりますので、ご了承願います。

以上により、銀行等に口座がある場合は、便利で確実な「振込」を希望されることをおすすめいたします。

- 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な事項を記入してください。また、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。  
なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の㉙は必ず押してください。

## 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1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。  
なお、役員等の場合で賃金台帳と出勤簿が無い場合は「議事録の写」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㉙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、一日当たりの賃金の全額又は一部のことです。