

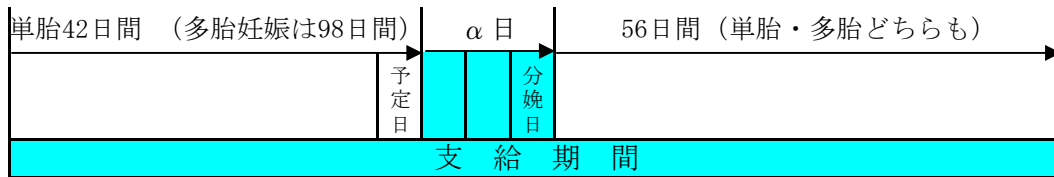
出産手当金請求書の手引き

申請の条件

女子被保険者が分娩のため働くことができず、仕事を休んだ期間に対し支給

支給額

- ・ 1日につき標準報酬日額の3分の2、付加給付15分の2（給付制限の場合あり）
- ・ 分娩日（分娩が予定日より遅れた場合は、分娩予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）、予定日後実分娩日迄と、分娩日後56日間支給
- ・ 分娩日が分娩予定日より遅れた場合は、分娩予定日翌日から分娩日までの期間（ α 日間）も支給



- ・ 給与の一部が支給されている場合、調整される
- ・ 出産手当金と傷病手当金は併せて支給されず、出産手当金が優先する

いつまでに（請求権の時効は2年）

すみやかに（3ヶ月以上経過した場合は理由書を添付の事）

どこへ

各事業所及び店所

記入上の注意

（本人記入欄）

- | | |
|---------------------|-------------------|
| ① 記号 | ⑦ 資格取得日 |
| ② 番号 | ⑧ 資格喪失日 |
| ③ 被保険者氏名 | ⑨ 分娩予定日 |
| ④ 生年月日 | ⑩ 分娩日 |
| ⑤ 事業所名（現在の勤務先）（TEL） | ⑫ 委任状（在職者の場合のみ記入） |
| ⑥ 事業所コード | |

（退職者の記入欄）

- ⑪ 退職後の方は、振込先口座の記入（任意継続者は記入不要）
（振込銀行、口座番号、口座名義、フリガナ）

（医師の記入欄）

- ⑬ 担当した医師、又は助産婦の証明

（事業主代理人の記入欄）

- ⑭ 労務に服さなかった期間

記入例

自 平成 14 年 4 月 1 日	30 日間
至 平成 14 年 4 月 30 日	

		出勤○	有給△
14年 4月	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / ⑧ / 9 / 10 … 26 / 27 / ⑳ / 29 / 30 / 31	2日	3日

- ⑮ 報酬を全額支給した期間又はする期間
⑯ 報酬を一部支給した期間又はする期間
⑰ 事業主代理人の証明

健康 保険 組 合 記 入 欄	受 付	決 裁	支 払	常務理事	事務長	会 計	課 長	担 当	健保No.	
	支 給 額			取得年月日		・ ・		喪失年月日		・ ・
	支 払 内 訳	法定		2 3	支 給 期 間	自	・	・	標準報酬 月額	千円
		付加		2 15		自	・	・		
	合計			給与一部 支給額		円		分娩予定日		・ ・
			生産・死産		単胎・多胎		分娩日		・ ・	

健康保険 出産手当金 請求書
出産手当付加金

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	① 記号	11	② 番号	③ 氏名	印	④ 生年月日		
	⑤ 事業所名					⑥ 事業所コード		
	⑦ 資格取得日			・ ・		⑨ 分娩予定日		・ ・
	⑧ 資格喪失日			・ ・		⑩ 分娩日		・ ・
	⑪ 退職後の方の振込先記入欄（任意継続の方は記入不要）							
	銀行			支店		フリガナ		
	口座番号				口座名義			

委任状 ⑫ この請求に係る、出産手当金及び付加金の受領を事業主代理人に委任致します。 氏名 印

医 師 の 証 明	⑬ 生産・死産の別	生産	死産	分娩予定日	年 月 日	
	出生児の数	単胎	多胎(児)	分娩日	年 月 日	
	上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日					
	住所 〒		TEL			
医療機関名			担当医師氏名			印

代 理 人 の 記 入 欄	⑭ 労務に服さなかった期間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	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○	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							
	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							
	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							
	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							
	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							日
	⑮ 上記の期間中、報酬を全額支給した期間又はする期間					日間			
	⑯ 上記の期間中、報酬を一部支給した期間又はする期間				合計	円	日額	円	日間
					合計	円	日額	円	日間
⑰ 上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日									
住所		〒104-0061		TEL 03(3541)3411					
事業主代理人		東京都中央区銀座2丁目16番10号		ヤマト運輸株式会社					
氏名		事業主代理人		大谷 友樹					
		人事総務部長		印					

健康保険組合記入欄	受	決	支	常務理事	事務長	会 計	課 長	担 当	健保No.	
	付	裁	払							
	支 給 額			取得年月日		. .		喪失年月日		. .
	支給決議	法定			2 3	支給期間	自 . .		標準報酬 月額	千円
付加				2 15	自 . .			標準報酬 日額	円	
	合計			給与一部 支給額		円	分娩予定日	. .		
				生産・死産		単胎・多胎	分娩日	. .		

健康保険 出産手当金 請求書
出産手当付加金

平成××年××月××日提出

被保険者記入欄	① 記号	11	② 番号	123456	③ 氏名	大和 太郎	④ 生年月日	S××.××.××	
	⑤ 事業所名	〇 〇 営業所		TEL××××-××××	⑥ 事業所コード	×××-×××			
	⑦ 資格取得日	S ××.××.××			⑨ 分娩予定日	H ××.××.××			
	⑧ 資格喪失日	H ××.××.××			⑩ 分娩日	H ××.××.××			
	⑪ 退職後の方の振込先記入欄 (任意継続の方は記入不要)								
	〇 〇 銀行				〇 〇 支店	フリガナ	ヤマト タロウ		
口座番号				×××××××	口座名義				大和 太郎

委任状 ⑫この請求に係わる、出産手当金及び付加金の受領を事業主代理人に委任致します。 氏名 **大和 太郎**

医師の証明	⑬ 生産・死産の別	生産	死産	分娩予定日	年 月 日
	出生児の数	単胎	多胎(児)	分娩日	年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日				
	住所 〒		TEL		
医療機関名		印			
担当医師氏名					

代理人の記入欄	⑬ 労務に服さなかった期間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	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○	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			
	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			
	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			
	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	日	日	
	⑭ 上記の期間中、報酬を全額支給した期間又はする期間				日間
⑮ 上記の期間中、報酬を一部支給した期間又はする期間	合計	円	日額	円	日間
	合計	円	日額	円	日間
⑯ 上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日					
住所 〒		TEL			
事業主代理人		印			
氏名					