

出産手当金について

出産手当金とは

女子被保険者が、出産のために労務につくことができず、この間事業主から報酬（給与）を受けることができない場合に、出産手当金が支給されます。

支給要件

次の要件をすべて満たしていること。

- (1) 被保険者が出産したとき。
- (2) 出産のため労務に服さなかったこと。
- (3) 報酬（給与）の支払いがないこと。

支給日額

休業1日につき、標準報酬日額^{*}の3分の2相当額（1円未満四捨五入）。

※標準報酬日額＝標準報酬月額÷30日（10円未満四捨五入）

支給期間

次の(1)と(2)を通算した期間

- (1) 出産日（出産予定日）^{*}以前42日間。

※出産日が出産予定日よりも前の場合は出産日が基準日となり、出産日が出産予定日よりも後の場合は出産予定日が基準日となります

- (2) 出産日翌日より56日間。

申請書の提出先

区分	提出先
在職者	事業所の人事（総務）担当部署
退職者・任意継続被保険者	ヤマトグループ健康保険組合

注意事項

- (1) 申請書への記入モレや押印モレがある場合は、申請書は受理しません。
- (2) 保険給付を受ける権利は2年を経過すると時効により消滅します。
時効の起算日は、労務に服さなかった日ごとにその翌日です。

健康 保険 組合 記入 欄	受付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項
	資格取得日	昭平令	年	月	日	資格喪失日	年 月 日
	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)					
	支給決議金額	法定給付 (支給日額 円)					円
		報酬調整減額					円
支給金額					円		

(ヤマト運輸社員用) **健康保険 出産手当金支給申請書**

被 保 険 者 記 入 欄	①記入日	令和	年	月	日	②事業所名	
	③記号	11	④番号			⑤氏名	印
	⑥生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)	⑦連絡先電話番号	
	⑧委任状 ※退職者も必ず署名押印すること。	この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名 印					
	⑨退職者 振込先口座	銀行名	支店名		口座番号		
	口座名義	(フリガナ) (漢字)					

医 師 の 記 入 欄	生産・死産の別	生産・死産	分娩予定日	令和	年	月	日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	分娩日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ありません。(在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)						
	医療機関 所在地: 名称: 医師名:	令和 年 月 日 印 電話番号:					

事 業 主 記 入 欄	労務に服さなかった期間	年 月 日から	日間	
		年 月 日まで		
	勤務状況 (出勤は○、有給は△で表示して下さい)	出勤日数	有給日数	
	月度	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日	日
	月度	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日	日
	月度	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日	日
	上記期間中に報酬を支給した(する)場合	日額 円	日数 日	金額 円
	上記のとおり相違ありません。 事業主 令和 年 月 日 所在地: 東京都中央区銀座2丁目16番10号 名称: ヤマト運輸株式会社 氏名: 事業主代理人 人事戦略部長 小祝 珠樹 印 電話番号: 03-3541-3411			