

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

◎記入するときは、うらの「注意事項」をご覧ください

被保険者が記入するところ(この欄の訂正は本人の印)	① 被保険者証の 記号・番号		② 事業所名			
	③ 出産の日	平成 令和	年 月 日	④ 出産予定日	平成 令和	年 月 日
	⑤ 出生児の数	・単胎 ・多胎(児)				
	⑥ 出産のため休んだ期間 (請求期間)	平成 令和	年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	日間
	⑦ 上記の期間内で給与を 受けた期間と金額	平成 令和	年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	日間 円
	⑧ 出産した医療 施設の名称 及び所在地	名 称				
		所 在 地				
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日					
⑨ 被保険者の住所 〒 _____ _____ 氏名 _____ (印) 近畿電子産業健康保険組合殿 電話 () _____						

医師又は助産師が意見を記入するところ(この欄の訂正は医師又は助産師の印)	⑩ 出産年月日(出産予定年月日 欄も必ず記入してください)	平成 令和	年 月 日	⑪ 出産予定年月日	平成 令和	年 月 日
	⑫ 出産児の数	・単胎 ・多胎(児)		⑬ 生産・死産の別	・生産 ・死産(妊娠第 週 または第 ヵ月)	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日					
⑭ 医療施設の所在地 _____ 医療施設の名称 _____ 医師・助産師氏名 _____ (印) 電 話 () _____						

⑮ 就労(出勤)状況を出勤は○、有給休暇は△、欠勤は／、公休は公でそれぞれ表示してください。
 出産の日(出産の日が出産予定日後であるときは、出産の予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産の日後56日までの間について記入してください。

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
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
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
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
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
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
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

⑯上記の期間に対する給与の支払いについて 1.全額支給した 2.一部支給した 3.全額支給する 4.一部支給する 5.現在までにも、また将来も支給しない

⑰給与の全部(一部)を支給したとき、又は支給するときその内訳		⑱給与の締切日と支払日		日締 日払	
基本給	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで 日分	円	※ この欄には、記入 しないでください。	⑲ 給与の種類 (○で囲んでください)	
通勤手当	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで 日分	円			
家族手当	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで 日分	円			
役付手当	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで 日分	円			
	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで 日分	円			
	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで 日分	円			
⑳備考		㉑ご担当者氏名			

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 ㉒ 事業所の所在地

事業所の名称

事業主氏名 ㉓

電話 () -

委任状

上記保険給付金の受領を所属事業所担当者..... ㉔ に委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名..... ㉕

事業主が証明をするところ(この欄の訂正は事業主の印)

(記入するときの注意事項)

被保険者記入欄

1. ③出産の日、④出産予定日とも記入してください。
2. 訂正したときは、⑨欄の被保険者の氏名印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。

医師または助産師記入欄

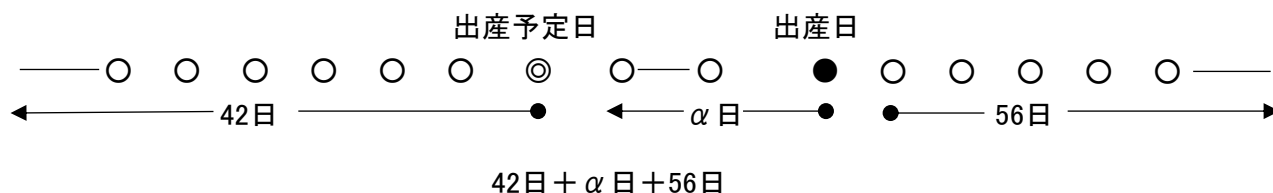
1. ⑩出産年月日、⑪出産予定年月日とも記入してください。
2. ⑫欄は、該当する文字を○で囲み、多胎の場合は胎児数を記入してください。
3. ⑬欄は、該当する文字を○で囲み、死産の場合は妊娠第何週目または第何月目であったかを記入してください。
4. 訂正したときは、⑭欄の医師・助産師氏名印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。

事業主記入欄

1. ⑮～⑲欄の就労(出勤)状況および給与支払状況欄は、出勤簿、賃金台帳から転記してください。
2. ⑯、⑰欄の給与支払状況欄は、将来支給するもの(通勤、家族、役付、住宅手当などの固定的賃金)は、支払日が到来していなくても、記入してください。
3. 訂正したときは、⑳欄の事業主印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。

(出産手当金の支給要件、その他の事項)

- ・ 女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだため、給与が受けられない場合に支給されます。
- ・ 支給期間は出産の日以前42日目(多胎妊娠の場合は98日目)から出産の日後56日間までの間で、労務に服さなかった期間が対象となります。
- ・ 出産の当日は出産の日以前の期間に含まれます。
- ・ 出産した日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日を出産の日として期間を計算します。この場合、出産予定日後から出産した日までの期間も含まれます。



[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支給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すでに支給済で出産手当金の額より傷病手当金の額が多い場合は、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。また、傷病手当金の額より出産手当金の額が多い場合は傷病手当金との差額が支給されます。