

出産手当金支給申請書

手

③の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付目付印

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

※1

※2

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部



船員保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	⑧	妊娠が判明した日をご記入ください。	妊娠が判明した日	令和 ○ 年 3 月 4 日
	⑨	⑥ 今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、 それとも出産後の申請ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請	
	⑩	⑦ 上記で「出産前の申請」の場合は、 出産予定日をご記入ください。 「出産後の申請」の場合は、 出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和 ○ 年 8 月 28 日
			出産日	令和 年 月 日
	⑪	⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から ○ 日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日まで	28 日間
⑫	上記の出産のため休んだ期間(申請期間)に 報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。 (※)「はい」の場合は、その期間と報酬額を ご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> はい (※) 令和 ○ 年 3 月 1 日から 報酬額 60,000 円 <input type="checkbox"/> いいえ 令和 ○ 年 3 月 31 日まで		

6

出産前の申請か出産後の申請か✓で表示してください。

7

出産前の申請の場合、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合、出産日と出産予定日の両方をご記入ください。

8

出産のため職務に服することができなかった期間(公休日を含む)をご記入ください。
合計日数(日間)も必ずご記入ください。

9

医師または助産師に記入を依頼してください。

医師・助産師記入欄	⑨	出産者氏名	船保 花子	妊娠が判明した日	令和 ○ 年 3 月 4 日
		出産予定年月日	令和 ○ 年 8 月 28 日	出産年月日	令和 年 月 日
		出生児の数	① 産 1 人 (多胎(児))	生産または死産の別	① 生産 (死産(妊娠 週))
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 ○○ 年 4 月 15 日				
		医療機関の所在地	〒○○○-○○○○ 東京都品川区△△1-1		
	医療機関の名称	品川○○病院			
	医師・助産師の氏名	○○ ○○	電話番号	03 (××××) ○○○○	



船員保険 出産手当金 支給申請書

船舶所有者記入用

職務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
※退職後(資格喪失日以降)の期間を申請する場合は、船舶所有者の証明(当ページ)の提出は不要です。

被保険者氏名		船保 花子	
1 勤務状況(【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
令和 ○年 3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 2 日	1 日
令和 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
令和 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
職務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		2 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄にご記入ください。		3 給与の種類(○で囲んでください。)	
		4 賃金計算	
		月給 日給 日給月給 締日 末日	
		(時間給) (歩合給) (その他) 支払日 10 日	
5 船舶所有者が証明するところ		●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。	
単価		3月 1 日 月 日 月 日	
3月 31 日分		月 日分 月 日分	
支給額		支給額 支給額	
基本給	310,000	30,000	
住居 手当	30,000	30,000	
手当			
手当			
手当			
その他			
合計	340,000	60,000	
6 職務に服しなかった期間		令和 ○○ 年 3 月 4 日から 28 日間	
令和 ○○ 年 3 月 31 日まで			
●上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 ○○ 年 4 月 20 日	
船舶所有者の住所		〒○○○-○○○○ 東京都千代田区●●●	
株式会社 ◆▲◎			
船舶所有者の氏名		代表取締役 ●▽ ◇×	
電話番号		03 (××××) ○○○○	

【被保険者の方へ】

お勤め先の船舶所有者に証明を受けてください。

【船舶所有者の方へ】

1 職務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有休の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。

2 職務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給した場合は「はい」に、支給していない場合は「いいえ」に✓で表示してください。

3 給与の種類について、該当する給与の種類を○で囲んでください。

4 賃金計算の締日、支払日をご記入ください。

5 職務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

6 職務に服しなかった期間をご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。



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など、次の条件を満たした場合は、出産手当金が支給されます。

- ① 被保険者が出産した(する)こと(被扶養者の出産は対象外です)
- ② 妊娠4か月(85日)以上の出産であること
(早産・死産(流産)・人工妊娠中絶も含まれます)
- ③ 出産のため仕事を休み、船舶所有者から給与(報酬)の支払いがないこと
給与の支払いがあっても出産手当金の日額より少ない場合は支給されます。

■被保険者資格喪失後も出産手当金を受ける場合

以下の条件を満たした場合は、被保険者資格喪失後も出産手当金が支給されます。

- ①被保険者(疾病任意継続被保険者を除く)資格喪失前に出産したこと、または被保険者(疾病任意継続被保険者を除く)資格喪失後、6か月以内の出産であること。
- ②被保険者(疾病任意継続被保険者であった期間を除く)であった期間が、資格喪失(疾病任意継続被保険者の場合は、その資格を取得した日)前1年間に3か月以上、または3年間に1年以上あること。

※出産手当金を受ける権利は、「出産のため職務に服さなかった日ごとにその翌日」から2年で時効になりますのでご注意ください。

支給期間と支給額

① 支給期間

妊娠が判明した日から出産後56日までの範囲で支給されます。
(出産日は出産の日以前の期間に含まれます。)

② 支給額

1日あたりの支給金額：
$$\frac{\text{支給開始日以前の継続した12か月間の各月の標準報酬月額を平均した額}}{\text{※1}} \times \frac{2}{3} \text{※2}$$

〈支給開始日以前の船員保険加入期間が12か月に満たない場合〉

$$\frac{\text{【支給開始日以前の継続した各月の標準報酬月額を平均した額】}}{\text{※1}} \times \frac{2}{3}$$

(※1)「30日」で割ったのち、一の位を四捨五入します。

(※2)「2/3」をかけたのち、小数点第一位を四捨五入します。