



記入例

出産手当金支給申請書

1 2 3 ページ

船員保険 出産手当金 支給申請書（第 回）

手

被保険者(申請者)記入用

被保険者 (申請者) 欄	① 記号番号 (左づめ)									
	② 個人番号 (マイナンバー)									
	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。									
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)								
	④ 生年月日	(西暦) (平成) (令和)	年	月	日					
	⑤ 住所	郵便番号		一			電話番号 (日中の連絡先)	()		
(都)(道) (府)(県)										
⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。							
公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。										
金融機関名称		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農金 <input type="checkbox"/> 信連 <input type="checkbox"/> 豊銀 <input type="checkbox"/> 渔銀 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 支店(支所)				
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			カタカナでご記入ください。						
口座番号				口座名義						

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。

⑦ 受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委託します。		令和 年 月 日
	氏名 住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	氏名 (フリガナ)	被保険者との 関係
住所	(郵便番号 -) 電話番号 (日中の連絡先) ()		

R8.1

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

ご提出先

〒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

5

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。貼付台紙に⑦①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦身元確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー
- その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

①番号確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違がないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※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。)

1

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑥をご確認ください。

2

船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)なお、④欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3

公金受取口座の利用について「1:希望する」を選択された場合は、振込先口座のご記入は不要です。
※被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

4

③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

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。

ご提出先

〒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

R8.1



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	
	⑧ ⑪ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 ○ ○ 0 3 0 4 から 日数 28 日間 令和 ○ ○ 0 3 3 1 まで		
	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。 (※)「いいえ」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。

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	〔单胎〕 〔多胎()児〕	生産または死産の別	〔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 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都品川区△△1-1 医療機関の名称 品川〇〇病院 医師・助産師の氏名 ○○ ○○ 電話番号 03 (xxxx) 〇〇〇〇				

9

医師または助産師に記入を依頼してく
ださい。

船員保險 出產手當金 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つ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つ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、出勤した場合は〇で、有休の場合は△で、公休日の場合は□で、欠勤の場合は／で表示してください。

- ?

職務に服することができなかつた期間
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。



申請書は3ページです。漏れなく正確にご記入ください。

申請者情報、申請内容、医師・助産師の証明

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は
生計を同じくされていたご家族の方がご記入ください。
医師・助産師記入欄は、医師または助産師に記入を依頼してください。

船舶所有者の証明

船舶所有者に記入を依頼してください。

1/3ページ

2/3ページ

3/3ページ

添付書類をご用意ください。

以下に当てはまる場合や、変更があった場合に添付いただくもの

支給開始日以前の12か月以内で船舶所有者に変更があった方	<p>以前の各船舶所有者(勤務先)の氏名、住所および使用されていた期間がわかる書類 (船員保険疾病任意継続被保険者であった場合は、住所および加入していた期間)</p>
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請する場合	<ul style="list-style-type: none"> ・亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等



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：【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】 $\div 30\text{日} \times (2/3)$

※1 ※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〉

【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】 $\div 30\text{日} \times (2/3)$

(※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。