

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	被 保 険 者 証 の 記 号 お よ び 番 号 (左づめ)											—														
	②	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) -----																								
	③	生 年 月 日	昭和 平成				年			月			日														
	④	住 所	郵便番号					—							電話番号 (日中の連絡先)	()											
			都 府		道 県																						

⑤ 振込希望口座	金融機関名称		☐ 銀行 ☐ 信金 ☐ 労金 ☐ 信漁連 ☐ 農協 ☐ 漁協 ☐ その他 ()		☐ 本店 (本所) ☐ 出張所 ☐ 代理店 ☐ 支店 (支所)	
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他 ()		□座名義	カタカナでご記入ください。	
	口座番号					

②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。

⑥ 受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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任します。 氏名 _____ 住所 「被保険者欄④」の住所と同じ			令和 年 月 日
	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) ()		

被保険者証の記号番号を記入した場合は **記入不要** です。
記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

[illegible]

R4.1

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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

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	⑦	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	月	日
	⑧	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。	☐ 出産前の申請 ☐ 出産後の申請				
	⑨	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	月	日
			出産日	令和	年	月	日
	⑩	出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで 日間				
⑪	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。	☐ はい ※ 令和 年 月 日 から 報酬額 ☐ いいえ 令和 年 月 日 まで 円					

医師・助産師記入欄	出産者氏名		妊娠が判明した日	令和 年 月 日
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎 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 月 日			
医療施設の所在地				
医療施設の名称				
医師・助産師の氏名 電話番号 ()				



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。

船舶所有者が証明するところ	被保険者氏名																		
	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 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			
	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？ ☐ はい ☐ いいえ														給与の種類 (○で囲んでください)		賃金計算		
															月給	日給	日給月給	締日	日
	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。														時間給	歩合給	その他	支払日	当月 翌月 日
	支給した(する)賃金内訳	期間 区分	単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	●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。												
		基本給		支給額	支給額	支給額													
	住居手当																		
	手当																		
	手当																		
	手当																		
	その他																		
	合計																		
職務に服しなかった期間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間															
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日			担当者氏名													
船舶所有者の住所																			
船舶所有者の氏名																			
			電話番号 ()																

ご提出前のチェックリスト

- ☐ 勤務状況および賃金支払状況の記載もれはありませんか？
- ☐ 船舶所有者印の押印もれはありませんか？
- ☐ 必要添付書類の添付もれはありませんか？
- ※ 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。

記入例

出産手当金支給申請書

全国健康保険協会 船員保険部

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 被保険者証の 記号および番号 (左つめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3											
	② 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) センボ ハナコ 船保 花子											
	③ 生年月日	昭和 平成	60	11	13	日							
	④ 住 所	郵便番号	105	-	0000	電話番号 (日中の連絡先)	03 (XXXX) 0000						
		東京 千代田区〇〇 1-2-3											

⑤ 振 込 希 望 口 座	金融機関名称	〇〇 銀行 〇〇 本店(本所) 〇〇 出張所 〇〇 支店(支所)												
	預金種別	普通 当座 その他()	カタカナで記入ください。											
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	センボ ハナコ										

⑥ 受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	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任します。 令和 年 月 日 氏名 住所 [被保険者欄④]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) ()										

⑤ 被保険者のマイナンバー記入欄 R4.1

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。 記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行名記入欄

〒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

ご提出先

1

記号・番号は、被保険者証に記載されています。

船員保険 被保険者証	本人(被保険者)
記号 1234567890	番号 123
氏名 船保 花子	
保険者番号 02130011 保険者名称 全国健康保険協会船員保険部 保険者所在地 千代田区富士見2-7-2	印

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。

3

ご希望の振込希望口座をご記入ください。
預金種別についても、必ず該当するものに○をしてください。

4

②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。

5

①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。

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。^{※1} 貼付台紙^{※2}に⑦④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

④ 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のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票が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。)

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



船員保険

検索

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	⑦	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 〇 年 3 月 4 日
	⑧	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。	☒ 出産前の申請 ☐ 出産後の申請	
	⑨	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 〇 年 8 月 28 日
		出産日	令和 年 月 日	
	⑩	⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 〇 〇 年 0 3 月 0 4 日 から 日数 令和 〇 〇 年 0 3 月 3 1 日 まで 28 日間	
	⑪	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。	☒ はい ※ 令和 〇 年 3 月 1 日 から 報酬額 ☐ いいえ 令和 〇 年 3 月 3 1 日 まで 60,000 円	

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 〇 年 3 月 4 日
		出産予定年月日	令和 〇 年 8 月 28 日	出産年月日	令和 年 月 日
		出生児の数	⑨ 単胎 多胎(児)	生産または死産の別	⑨ 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。 令和〇〇年 4 月15 日				
		医療施設の所在地	東京都品川区△△1-1		
	医療施設の名称	品川〇〇病院			
	医師・助産師の氏名	保険 五郎	電話番号	03 (××××) 〇〇〇〇	

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。

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 〇年 3月	03 04 05 06 07 08 09 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？												給与の種類 （○で囲んでください）		賃金計算	
2 ☒ はい ☐ いいえ												3 月給 日給 日給月給 締日		4 末日	
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。												時間給 歩合給 その他		支払日 当月 翌月 10日	
船舶所有者が証明するところ	5	期間	単価	3月1日	月 日	月 日	●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。	基本給については 出勤と有給分を日割り計算して支給 $310,000 \times 3/31 = 30,000$ 住居手当については、 一か月分満額支給							
				～ 3月31日分	～ 月 日分	～ 月 日分									
	区分		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		60,000												
6		職務に服しなかった期間		令和 〇〇年 3月 4日 から 28日間 令和 〇〇年 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 〇〇年 4月 20日								担当者氏名	〇〇 〇〇						
船舶所有者の住所		東京都千代田区△△1-1													
船舶所有者の氏名		(株) 協会商事													
電話番号								03 (××××) 〇〇〇〇							

【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、有給の場合は△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。

申請書は3ページです。漏れなく正確にご記入ください。

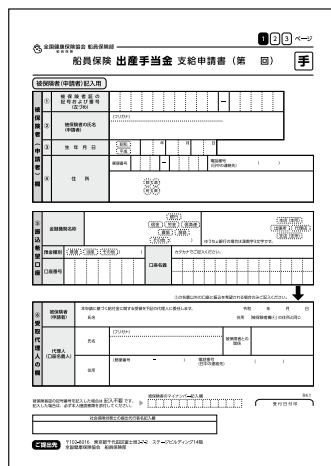
申請者情報、申請内容、医師・助産師の証明

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。

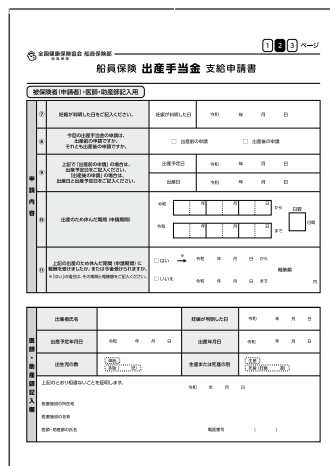
船舶所有者の証明

船舶所有者に記入を依頼してください。

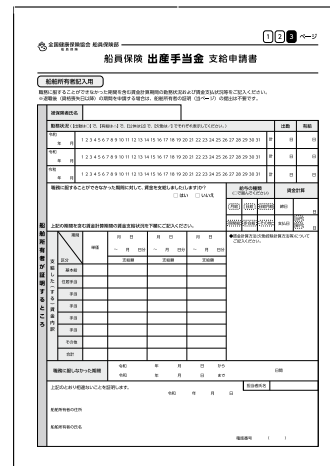
1/3ページ



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か月以内に 船員保険の資格に変更があった方	支給開始日以前の12か月間で変更のあった船舶所有者（勤務先）の 名称、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）
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	- 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（疾病任意継続被保険者を除く）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（疾病任意継続被保険者を除く）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を除く）であった期間が、資格喪失日前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】
÷ 30日（※1）×（2/3）（※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】÷ 30日 ×（2/3）

（※1）「30日」で割ったのち1の位を四捨五入します。

（※2）「2/3」を掛けたのち小数点第1位を四捨五入します。