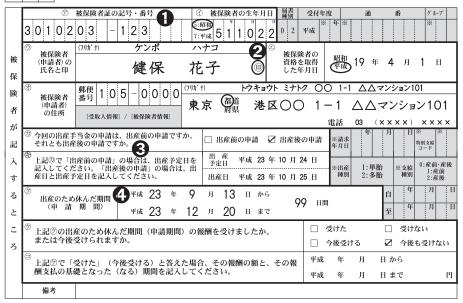
出産手当金支給申請書記入例

届書コード 6 3 2

健康保険出産手当金支給申請書(第 1 回)



② 被保険者(申請者)本人が署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 出産前の申請か出産後の申請か チェック▽して、出産前の申請の場合、 出産予定日のみを記入してください。出 産後の申請の場合、出産日と出産予定日 の両方を記入してください。

◆ 出産のため労務に服さなかった期間 とその日数(公休日を含む)を記入してく ださい。

医颌	出 産 者 氏 名	健保 花子								
師または助産	出産予定年月日	平成 23 年 10 月 24 日	出 産 年 月 日 平成 23 年 10 月 25 日							
助産	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)							
師が意見を記入するところ	上記のとおり相違ありません。 平成 23 年 12 月 22 日									
見を記	医療施設の所在地	東京都品川区△△ 1-1								
入する	医療施設の名称	品川○○総合病院								
الالكة	医師・助産師の氏名	保険 五郎	(B)							
2			電話 03 (△△△△) △△△△							

添付書類について

- 1. 初回申請時には、労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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。
- 2. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話 番号を明記してください。)

出産手当金の支給要件等

■ 支給をうける条件

被保険者が出産のため仕事を休み、給与を受けられない場合は、出産手当金が支給されます。なお、被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日(退職日等)に出産手当金の支給を受けているか、受けられる状態であれば、被保険者期間中に引き続いて支給を受けることができます。

■ 支給期間と支給額

- 42日

出産日以前42日間

1. 支給期間

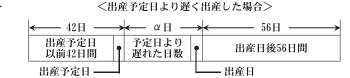
出産手当金は出産の日(出産が出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日) から出産日後56日までの期間で、支給要件を満たした期間について支給されます。なお、出産日は出産の日以前の 期間に含まれます。また、出産が出産予定日より遅れた場合は、その期間を含めて支給されます。

<出産予定日に出産した場合または出産予定日より早く出産した場合>

- 出産日

56日

出産日後56日間



2. 支給額

出産手当金の支給額は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額(1円未満四捨五入)です。標準報酬日額は、標準報酬月額の30分の1に相当する額(10円未満四捨五入)です。給与の支払いがあって、出産手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。

● 傷病手当金を同時に受けられるとき

出産手当金の支給期間中に傷病手当金も受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間傷病手当金は支給されません。ただし、この場合において傷病手当金が支給されてしまったときは、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調整されます。

		1 金融機関
振込	0	金融機関コード ②
希望	⑪ 支払区分	信連・信漁連 本所・支所 本店・支店 本店・支店
口座		② 預金 (: 普通2: 当座 3: 別段 4: 通知

終付金に関する受領を代理人に委任する(由請者名義以外の口庫に振込を委切される) 堪会に記すしてください

	NY.	KCIM 9 6	برا پر ر	. 210	生人に	女旦リ	2) (H	111111111111111111111111111111111111111	コチズと人ノ	トリンロバ	W THE PERSON OF	加玉です	(a) / m	(CDD)		C C V 10	
5 受	1	5申請書に	:基づく	(給付:	金に関す	する受領	を代理	人に委任	壬します	0			平成	年	月	日	
取	被保険者		住	所													
代			氏名														
理			(フリ:								委任者と						
人	代理人の 氏名と印								Ð	安住名と 代理人 との関係							
Ø	八情報		(₹		-	_)									
欄	+IX	代理人の 住 所										電話	()		

労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記入してください。

ര	7	也勤	務状況(出勤	は○で、有給は△で、	公休は公で、久	く勤はん	/でそれ・	ぞれ表え	示して	ください	(1°)		出	勤	有	給
事	23 £	£ 9 月 ①②	20346	<u>k & 89000</u>	B 14 15 16 1	7/8/	9 20 21	p/ 23	zh zh	26 28	28 7/ H	31 計	10	Н	0	日
	23 £	自0月/2	/ A A A	8 7 8 8 10 11 12	13 pl ps ps p	18 1	a 76 71	z/z/s/	2A 25	26 %	zk zk z(3/1 at	0	H	0	H
	23 £	手 11 月 公 2	3 3 / 8	8 / X X / N / /	ys y 15 15 y	7 /k /	6 76 71	22 23	24 <i>7</i> 6	76 K	28 29 35	31 計	0	В	_	H
業	23 年 12 月 1 2 月 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2										0	Н	0	Н		
	4	月 1 2	2 3 4 5 (5 7 8 9 10 11 12	13 14 15 16 17	7 18 1	9 20 21	22 23	24 25	26-27	28 29 30	31 計	6	Н		Н
主	0	労務に服す	ることがで	きなかった期間に対	して、賃金を支	え給し	ました(します	か?		給与の種 囲んでく		9	金	計	算
						口は	а • В	いいえ		-					+	
が	Æ	必要に即す	ファレがつ	さわふ - と即用と今	ナッチ ヘシレ管 田田	日の任	Δ±:«Δ#	+ 1184	c* 804	月給	日稻	日給月給	締	Н	末	. Н
"	労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賃金支給状況を下欄に記入してください。 時間給 歩合給 その他												支拉	4日	5	16 H
aar	1	支給期間		9月1日	月 日		月	日				(欠勤控)	計算	方法等)につ	
証	O	区分	単価	~ 9 月 30 日分	~ 月	日分	~	月	日分		てくださ	(10				
	支			支給額	支給額		支給額			基本#	10 🖽	— <u>8</u> 0	000 12	.		
明	給し	基本給	1,000	80,000						91,0	20 L1 V C) Ind V	1011	- 00,	000	1
	た (通勤手当	20,000	20,000												
す	する)	住居手当														
	賃	扶養手当														
	金内	手当														
る	訳	手当														
		現物給与														
٤		計		100,000												
	上龍	己のとおり相違	量ないことを記	正明します。					_		担当者	氏名	0	0	00	
2					平成 24	#:	1 月	5 1	Н							
	事	業所所在均	也 東京者	『千代田区△∠	∆ 1 – 1			_								
		· · · · · ·	. (Jak \ 1s	. ——			-	F業主F	ħ/							
ろ	ろ 事業所名称 (株)協会商事 (***********************************															
	事業主氏名 協会 三郎 電話 03 (□□□□) □□□□															
		業主氏名		三郎				(F)) : ##1111		03 () 🔲			_

「初回申請分」には、労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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と 出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

		平成 24 年 1 月 5 日提出
社 会 保 険 労 務 士 の提 出 代 行 者 印	⊕	受付日付印

- **①** <u>ご希望の振込金融機関について記</u> 入してください。
- ② ②、②の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等および預金種別を記入してください。<u>ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を</u>必ず記入してください。
- 口座番号欄は左づめで、大きくはっきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。
- □座名義の氏名を、カタカナで太く はっきりと記入してください。姓と名の間は 1マス空けて記入してください。濁点(*)、 半濁点(*)は1字として記入してください。 なお、□座名義が被保険者(申請者)と異 なる場合は、●の「受取代理人の欄」の記 入が必要です。
- (全) 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の⑩は必ず押印してください。(受取代理人の⑪は、被保険者の⑪と別の印鑑で押印してください。)

<事業主の方へ>

- ⑦ 労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。
- ❸ 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。
- 9 賃金計算の締日および賃金の支払 日を記入してください。
- ⑩ 労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 支給状況について記入してください。 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記 入してください。
- ※ 「初回申請分」には、労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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。