

↑被保険者または所属にて記入

【日本生命用】 出産手当金請求書

事業主証明欄	被保険者証	記号		番号		所属名		
	被保険者氏名		(フリガナ)			部・室 支社・推進室	G 営業部	
	生年月日	S・H	年	月	日	今回請求が何回目の申請か、レ点チェック	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 2回目以降	
	資格取得年月日	S・H・R	年	月	日	資格喪失年月日	H・R	年 月 日
	当月の請求対象期間	R 年 月 日 から R 年 月 日 (日間)						
	産前産後休暇	R 年 月 日 から R 年 月 日						
	翌月給与明細添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [①欠勤控除 ②傷病補給金・再出勤後補償 ③前月精算・その他支給金 いずれも対象外のため]						
	請求内容に相違ないことを証明します。							
〒 - R 年 月 日 住所： 事業主 氏名：								

医師・助産師証明欄	分娩者氏名		生年月日	S・H	年	月	日
	分娩予定日	R	年	月	日	分娩日	R 年 月 日
	出生児数	(いずれかにチェックしてください) →		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)			
	上記のとおり相違ありません。						
〒 - R 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師・助産師氏名							

被保険者記入欄	上記のとおり申請いたします。						
	併せて、給付金の受領を事業主に委任いたします。						
〒 - R 年 月 日 住所： 被保険者 氏名：							

<留意事項>

- ・ 暦月 1 カ月ごとに 1 枚提出する。
- ・ 初回請求時は〔医師・助産師証明欄〕は原本が必要。2 回目以降の請求は、〔医師・助産師証明欄〕〔被保険者記入欄〕はコピーで可
- ・ 〔医師・助産師意見欄〕について「母子手帳」での代用は不可

出産手当金支給申請の前に必ずご確認ください

目的	<p>被保険者本人が、出産の日以前42日（多胎妊娠は98日）、出産日後56日までの間で出産のために会社を休み、給料を受けられない場合の申請手続き。 妊娠85日（12週と1日）以降の出産であれば、生産（早産）、死産（流産）、人工妊娠中絶を問わず対象となる。</p>
支給額	<p>1日につき支給開始日の属する月以前の直近の継続した12か月間の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2相当額。 ただし、支給開始月以前に標準報酬月額が定められている月が12か月継続していない場合は、次のいずれかの少ない額の3分の2に相当する額。</p> <ul style="list-style-type: none">①支給開始日の属する月以前の、直近の継続した各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額②支給開始日の属する年度の前年度の9月末における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額を報酬月額とみなしたときの標準報酬月額の30分の1に相当する額 <p>なお、給料の一部をもらえたときは給料が出産手当金より少ない場合だけ、その差額を支給（給料が出産手当金を上回る場合、給付金は不支給）</p>
提出締切	<p>健保組合に毎月10日までの到着分は、原則翌月給与処理にて支給する。（不備のない場合） グループ会社職員はグループ会社経由、退職者は退職時の所属経由で支給。</p>