

【提出先: 申請者→会社担当部署→健保組合】

請求日は、医師証明日かつ請求期間より後の日付になります。

資格喪失日:

出産手当金・出産手当金付加金請求書

請求日 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号-番号	記号 ●●	番号 ●●●●	フリガナ 被保険者 氏名(自署) 生年月日	ケンポ アイ 健保 愛 S(H) 3年 3月 3日生	
	現住所	〒(●●●● - ●●●●) 住所:東京都千代田区●● ●-●-●				
	連絡先	電話:●●●●(●●●●)●●●● メール:△△△△@mmmm.com	事業所名 所属名	●●生命保険株式会社 △△チーム		
	出産予定日	●●●●年 ●月 ●日		出産の日	●●●●年 ●月 ●日	
	出産のため 就労しな かった期間	●●年 ●●月 ●●日から ●●年 ●●月 ●●日まで(98日間)		左記の期間中 に報酬を受給 しましたか	受給した・受給しない 受給できる・受給できない	
	上の期間の報酬(賃金)の全部または 一部を受けたときまたは受けられるとき はその報酬額及び期間		年 月 日から 年 月 日まで (日分) 報酬額(総支給額): 円			
	年4回以上の賞与等の支給等、労務不能となる前の就労に基づく報酬が見込まれ、手当金・付加金を概算仮払される場合は、賞与額・支給対象期間等の確定後に手当金・付加金の過不足が生じた際には、事業主によって、精算を行います					
	振込希望の金融機関※	銀行・信用金庫	銀行名 (銀行コード)	●● 銀行 信用金庫 (銀行コード: ●●●)	支店名 (支店コード)	●● 支店 (支店コード: ●●●)
		口座番号	普通預金 ● ● ● ● ● ● ● ●		口座名義	被保険者名義

※網掛け部分について、被保険者自らご記入ください。(標準送金日は、毎月25日頃となります。なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。)

※保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください。

(注意) 出産のため就労しなかった期間について

- 対象期間は出産の日以前42日(多胎出産の場合は98日)・出産の日後56日間です。
- 出産の日が出産予定日より遅れた場合は、その遅れた日数を加えます。
- 対象期間の途中で請求する場合は請求日迄で、将来に向かっての請求は出来ません。

健康保険法 施行規則 第八十七条 (出産手当金の支給の申請)【抜粋・一部要約】

出産手当金の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。

- 被保険者証の記号及び番号
 - 出産前においては出産の予定年月日、出産後においては出産の日
 - 多胎妊娠の場合にあつては、その旨
 - 労務に服さなかつた期間
 - 出産手当金が支給される場合において、その期間に俸給を受けることができる場合
 - 出産手当金が支給される場合において、その期間に俸給を受けることができるはずであつた場合は、受けることができるはずであつた報酬の額及び期間、受けることができなかった報酬の額及び期間、ただし書の規定により受けた出産手当金の額並びに報酬を受けることができなかった理由
- 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。
 - 出産の予定年月日に関する医師又は助産師の意見書
 - 多胎妊娠の場合にあつては、その旨の医師の証明書
 - 前項第四号の期間に関する事業主の証明書
 - 前項第一号の意見書には、これを証する医師又は助産師において診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。
 - 同一の出産について引き続き出産手当金の支給を申請する場合においては、その申請書に第二項第一号の意見書及び同項第二号の証明書を添付することを要しない。5(略)

・将来に向かっての請求はできません。

・原則、産後56日経過してから届出をしてください。

受付日付印

