

出産のために仕事を休んだとき（出産手当金）

被保険者が出産のために働くことができず、十分な給料を受けられないときは、その間の生活を保障するために出産手当金を請求することができます。

支給される金額

1日につき、直近12ヶ月の標準報酬月額を30で割った額の2/3相当額が支給されます

※ 被保険者期間が1年未満の方は次のいずれかの低い額を30で割った額の2/3相当額となります

- ・被保険者期間の標準報酬月額の平均額
- ・当健保の前年度9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均額

支給される期間

出産日（実際の出産が予定日後のときは出産予定日）以前42日（多胎妊娠のときは98日）から出産日後56日目までの範囲内で、会社を休んだ期間を対象として出産手当金が支給されます。出産日が出産予定日より遅れたときは、その遅れた期間も支給されます。

- ◆ 申請書類 「出産手当金請求書」 ※医師または助産師の証明が必要です。
- ◆ 請求期限 労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年以内
- ◆ 提出方法 被保険者本人⇒箇所担当者⇒健康保険組合（任意継続被保険者を除く）

健康保険

出産手当金請求書

(第

必ずご捺印ください。

平成 30 年 1 月 30 日提出

被保険者証 記号 10	番号 54321	被保険者 氏名 健康 幸子	昭和 平成 55 年 10 月 10 日 日生	事業所 名称 口吉川産科株式会社
	被保険者の 住所 〒 000 - XXXXX 千葉県船橋市習志野台〇-〇-〇	電話 090 (0000)	出産のため休んだ期間は、 公休・年休を含めた期間を ご記入ください。	
	出産予定日 平成 29 年 11 月 11 日	出産のため 休んだ期間 (公休・年休含む) 平成 29 年 10 月 1 日から 平成 30 年 1 月 17 日まで 109 日間		
	出産日 平成 29 年 11 月 22 日	私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された 給付金について事業主が租税公課等を控除することに同意します。		
退職後に給付を受けられる方は 口座情報を必ずご記入ください。	退職後の方 (任意継続者は 記入不要)	支店名	被保険者氏名 健康 幸子	種別 口座番号
		在職中の方は必ずご署名・ご捺印ください。		
医師または 助産師の 意見欄	出産予定日 平成 29 年 11 月 11 日	生産または 死産の別	・生産 ・死産 (妊娠 週)	
	出産日 平成 29 年 11 月 22 日	出生児の数	・単胎 ・多胎 (児)	
	上記のとおり相違ありません。			
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		医師・助産師の意見・証明欄ですので、医療機関にて 必要事項を記入してもらい、捺印をもらってください。 「医師の意見欄を」訂正する場合には、医師の訂正印が必要です。		
事業主の 証明欄	⑦労務不能と 認められた期間 (年休・公休を含む)	平成 29 年 10 月 1 日から 平成 30 年 1 月 17 日まで (89 日間)	左記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日	
	上記のうち 報酬を支払わ なかった期間	平成 29 年 1 月 17 日まで	休業が確認できる書類(出勤簿・勤務表など)を 添えて健保組合までご提出ください。	