

出産手当金申請書 ～事業主の方へ～

ベネッセグループ 健康保険組合

支給日

当健保組合では、毎月4回、支払日を設けております。(5日頃、15日頃、25日頃、月末頃)
受付から支払いまで、10営業日以降の支払い日となります。
支給・不支給決定後は、「支給決定通知書」「不支給決定通知書」を自宅へお送りしています。

「事業主証明」欄の記入方法

【法定産前・産後期間において労務に服さなかった期間(有給休暇含む)】

・出産日が出産予定日より早かった場合

出産日以前42日(多胎98日)～出産日後56日間の内、労務に服していない(給与支給がない)期間。

・出産日が出産予定日より遅かった場合

出産予定日以前42日(多胎98日)～出産日後56日間の内、労務に服していない(給与支給がない)期間。

上記、有休・公休等含め労務に服していない期間を証明してください。

出勤日は、労務に服しているので、その日は除外してください。

※請求漏れのないようご注意ください。

- ・証明する日以前の期間を証明してください。(未来日の証明は不可)

【労務に服していない期間中の分として支払う報酬関係】

- ・有休の場合は、「各日毎、欠勤日分の給与を全額支給した場合」欄へ証明してください。
- ・労務に服さなかった日で、「日当の〇割を支給する」場合は「①」へ証明してください。
- ・交通費・家族手当等、労務に服さなかった期間も含め月単位で満額支給する場合は「②」へ証明してください。その際、1ヶ月あたりの金額を記入してください。

お休みした期間分を支給してしまった後に減額する場合は、証明不要ですが、賃金台帳にその旨を記載してください。※「事業主証明＝賃金台帳写し・出勤簿写し」となるようにお願いします。

【振込希望銀行】※記載誤りの場合は、次の支払日以後の振り込みとなります。

- ・被保険者本人(当健保組合の健康保険に本人として加入している方)名義の口座になっているかどうか確認ください。(家族名義の口座には振り込みできません)

記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定されることをおすすめします。

ゆうちょ銀行振込希望の場合は、通帳表紙の裏面コピーが必要です。

(他金融機関から振り込みする際の受け取り口座・名義人がわかるページ)

【被保険者の住所・氏名】

- ・被保険者本人(当健保組合の健康保険に本人として加入している方)の郵便番号・住所・氏名を確認ください。記載のない場合、不備の場合は、「支給決定通知書」を自宅へ送付できません。(事業所経由でお送りします)

【添付書類 他お願い事項】

- ・請求書は産後8週間経過後に健保組合へお送りください。※産後8週間経過前は受理できませんので返送します。
- ・法定の産前月～出産月分の、出勤簿写し・賃金台帳写しを添付してください。
- ・「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてください。健保組合提出後はコピーをとることができません。
- ・健保組合へ問い合わせされる場合には、必ず、「被保険者等の記号・番号・氏名」でご照会ください。

出産手当金申請書

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

(記入日) (和暦) 令和 ○年 ○月 ○日

被保険者 住 所 〒 XXX - XXXX
○○県○○市・・・・

氏 名 健保 花子



退職後の方は在職中の被保険者等記号・番号

電話番号 (XXX - XXX - XXXX)

以下のとおり出産手当金を請求します。

※産後 8 週間経過後、現在お勤めの各会社・団体人事へ提出してください。

この期間経過後に提出

被保険者等の 記号・番号	999 - 1234	事業所 の名称	○○株式会社	請求期間 (いずれかに○)	分娩前・分娩後 分娩前後
分娩予定年月日	令和○年○月○日	分娩のために 休んだ期間 (請求期間)	令和○年○月○日から令和○年○月○日まで 98 日間 (各会社・団体人事と相談して記載してください) ※予定日より実分娩日が遅い場合は予定日以前 42 日 (双児以上 98 日) から実分娩日後 56 日の間で休んだ期間		
分 娩 年 月 日	令和○年○月○日				
上記期間中、会社から報酬を受けた時 (有休等) はその期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	日分		
振込希望銀行	○○ 銀行 △△	支店 (普通・当座)	No. XXXXXXXX カナメイギ (ケンボ ハナコ)		
		(支店番号□□□)	※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付		

※医師・助産師証明と同じ日

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	分娩予定年月日	年 月 日	単胎 ・ 多胎 (児)
	分 娩 年 月 日	年 月 日	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)
	正常・異常分娩の別	正常 ・ 異常	以上のとおり相違ありません。
	医療施設の所在地 〒 -		年 月 日
	名 称	医師・助産師の証明	
	医師・助産師名		
	電 話 番 号 ()		

※訂正された場合は医師・助産師の訂正印（証明印と同）を押印してください。

※法定の産前休暇開始月～出産月の出勤簿写し・賃金台帳写しを添付してください。

事 業 主 証 明	法定産前・産後期間において 労務に服さ なかった 期間 (有給休暇含む)	(和暦) 令和4年3月 1 日 から 令和4年3月 31 日まで 31 日間	<input type="checkbox"/> 月給者 (いずれかチェック) <input checked="" type="checkbox"/> 日給・時給者
	労務に服していない 期間中の分として支 払う報酬関係	各日毎、欠勤日分の給 与を全額支給した場 合 (有給休暇等)	令和4年 3 月 1 日から 令和4年 3 月 1 日まで (1) 日分 全額を支給しました。
		①各日毎、欠勤日分の 給与を一部支給した 場合 (日当の○割支給等)	① 年 月 日から 年 月 日まで () 日 金 円/日 ※1日あたりの金額を記入してください。
		②月単位で交通費・住 宅・家族手当等が欠勤 日を含め満額支給さ れた場合	②令和4年 3 月分 (内容 通勤手当) 金 5,000 円/月 年 月分 (内容) 金 円/月 年 月分 (内容) 金 円/月 ※月単位で支給額が決まっているものは支給内容・1か月あたりの金額を記入してください。
		支給しない場合 はその旨	産前産後休暇のため支給せず
		上記のとおり相違ないことを証明します。 〒 - 事業主 住所 氏名 事業主証明 産後 8 週間経過後に証明し健保へ提出	証明日 (産後 8 週間経過後の日付) 令和○ 年○ 月 ○ 日