出産手当金申請書　～被保険者の方へ～

ﾍﾞﾈｯｾｸﾞﾙｰﾌﾟ 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」をお送りします。
（確定申告・公費助成等で必要な場合がありますので、必ず保管しておいてください）

【提出について】

●分娩前後期間を請求する場合は、**産後 8 週間経過後**に**各会社・団体人事へ提出してください。**

※「出産日以前」「出産日後」2 回に分けて請求することも可能です。
その場合も、それぞれ請求期間経過後に提出してください。
（ただし、申請書は 2 枚必要となり、それぞれに医師証明が必要です。医療機関によっては有料。）

【退職後の請求】

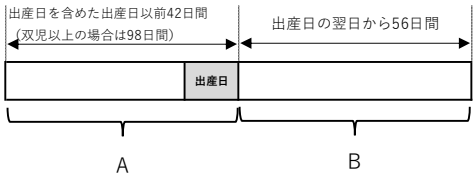
●健康保険の加入期間が 1 年以上あり、かつ、法定の産前休暇が在職中に発生し、退職日までお休みしている場合は、在職中の方同様に出産手当金が支給されます。（提出先は上記参照）

【分娩のために休んだ期間】

●・**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。

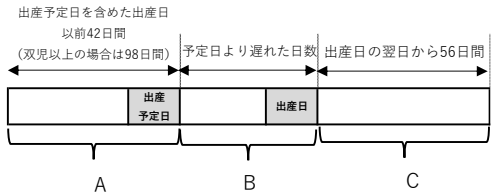
・**出産日が出産予定日より遅かった場合**
出産予定日以前 42 日（多胎 98 日）～出産日後 56 日間の内、
労務に服していない（給与支給がない）期間。
※請求漏れのないようご注意ください。

● 出産予定日より早く出産した時
● 出産予定日に出産した時



支給期間＝A+B

● 出産予定日より遅れて出産した時



支給期間＝A+B＋C

【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。

●被保険者本人名義の口座に限らせていただきます。（家族名義になっていることが多々あります）
特に氏名変更で名義変更される際には、当請求中に変更しないようご注意ください。
記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定す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(2 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（当健保組合グループ会社でお勤めの方）の郵便番号・住所・氏名を記載してください。

【その他】

●「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。
振込完了後は、コピーをとることができません。

●健保組合へ問い合わせは、必ず、「被保険者証の記号・番号・氏名」で照会ください。

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）平成　○年　○月　○日

被保険者　住　　所　〒ＸＸＸ －ＸＸＸＸ
○○県○○市・・・・・

氏　　名　健保　花子　　印

退職後の方は在職中の被保険者証記号・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

被保険者証の記号・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　平成○　年○　月○　日 分 娩 年 月 日　平成○　年○　月○　日		分娩のために休んだ期間（請求期間）	平成○　年○　月○　日から平成○　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		
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 ××××××× カナメイギ（ケンポ　ハナコ） （支店番号□□□）　※被保険者本人名義の口座（家族不可） ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面（２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。 年　月　日
	医療施設の所在地　〒　－ 名　称　医師・助産師の証明 医師・助産師名　印 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）平成２４年３月　１日から 平成２４年３月３１日まで３１日間 ☐ 月給者　（いずれかﾁｪｯｸ） ☑ 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 ※労務に服している期間分は証明しないでください。	各日毎、欠勤日分の給与を全額支給した場合（有給休暇等）	平成２４　年　３　月　１日から 平成２４　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） 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	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平成２４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。　証明日（産後８週間経過後の日付）平成○　年○　月　○　日 〒　－ 事業主　住所 事業主証明　印 氏名 産後８週間経過後に証明し健保へ提出		