

◎ この申請書は2枚一組です。次ページに事業主証明欄があります。(1/2枚目)

健康保険 出産手当金支給申請書

申請者の方は太枠内を記入してください。

記号番号	記号	番号	被保険者 (申請者) 氏名・生年月日	昭和 平成	年	月	日			
住所	〒									
連絡先	TEL [] ※日中つながる電話番号を記入ください。 E-MAIL [] ※個人メールアドレスをご記入ください。									
事業所名										
申請期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※産前分、産後分など複数回に分けて申請することも可能です。									
出産日	令和	年	月	日	出産予定日	令和	年	月	日	
振込先	銀行・農協 信組・金庫				支店 出張所					
	[金融機関コード]				[支店名]					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			口座番号					
	口座名義	カタカナで記入								
※被保険者以外の口座に振込を希望される場合は、委任状(健保HPに掲載)を記入、添付ください。										

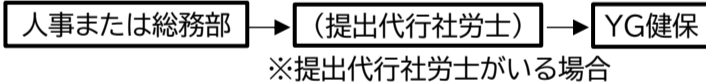
◎支給日・・・申請書の受付日より以下の通りになります。
 1日～15日受付分 当月月末
 16日～月末受付分 翌月15日

健保受付日付印

◎支給決定通知書・・・支給日後にPep upを通じた
 「医療費のお知らせ兼給付金支給決定通知書」にてお知らせいたします。
 Pep Upへの反映日は以下の通り、支給日によって異なります。
 【反映日】 15日支給:当月25日 月末支給:翌月25日

◎申請書の提出先は、お勤め先の人事または総務部へご確認ください。

◎YG健保に申請書が届くまでのルート



社会保険労務士の 提出代行者記載欄	
----------------------	--

◎申請については、その期間にかかる 出勤簿(写)、及び賃金台帳(写) を添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	●給与締日と支払日を記入してください。 ※賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)については、添付する賃金台帳(写)に記入してください。		
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		□はい →(※下記に内訳を記入してください) □いいえ		締日	(当月・翌月)
	報酬の名称	支給対象期間	支給額	日	支払日	日
		月 日 ~ 月 日	円	[備考] ※有休がある場合は、日額を記入してください。 ●有休日額 [円/日]		
		月 日 ~ 月 日	円			
		月 日 ~ 月 日	円			
		月 日 ~ 月 日	円			
上記のとおり相違ないことを証明します。				担当者氏名		
				証明日	年	月 日
所在地						
名称						
事業主氏名				TEL	()	

【医師または助産師の証明欄】

出産した人						
出産日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日			
出生児の数	単胎・多胎 (児)		生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週)		
上記のとおり相違ありません。						
				証明日	年	月 日
医療施設の所在地						
医療施設の名称						
医師・助産師の氏名				TEL	()	

記入上のご注意

《被保険者の方へ》

- ・ 記号・番号は保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。
- ・ 出産手当金は、女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、出産日(出産日が出産予定日より遅れた場合においては出産予定日)以前 42 日(多胎妊娠の場合においては 98 日)目から出産日後 56 日目までの期間を限度として支給されます。
なお、出産当日は出産日以前の期間に含まれます。
- ・ 出産のために休んだ期間の給与確定後に申請してください。

◆◆海外で出産した場合◆◆

- ・ 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記し、翻訳文を添付してください。
 - ・ 医師の証明と、医療機関等のスタンプも必ず押印していただけてください。
- ※スタンプがある場合でも、他の証明書(出生証明書など)を確認させていただく場合があります。

《保険給付金の振込先について》

- ・ 振込先が被保険者(申請者)の口座の場合は、「振込希望口座」のみ記入してください。
- ・ 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、委任状(健保HPに掲載)の提出が必要となります。
委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェックを入れ、
[事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合]
 - ・ 被保険者の住所、氏名を記入してください。
 - ・ 「振込希望口座」欄の記入は不要です。
- [その他の受領代理人へ振込を希望する場合]
 - ・ 被保険者の住所、氏名を記入してください。
 - ・ 受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。
 - ・ 「振込希望口座」欄に受領代理人の口座を記入してください。

《事業主の方へ》

産前産後休業の法定期間を労務に服さなかった期間として証明ください。

例) 出産予定日: 5月10日 出産日: 5月5日の場合

労務に服さなかった期間 = 3月25日～6月30日(98日間)

※ 出産手当金支給期間は、出産の日42日前(多胎の場合98日前)から産後56日まで。出産日が出産予定日後の場合は、出産予定日を出産の日とする。

- ・ 被保険者の資格を喪失した後の出産であっても出産のために休んだ期間が在職期間にかかる場合は、退職日までの事業主の証明が必要です。
- ・ 備考欄へ有休日額(有休がある場合)を記入してください。
- ・ 書類作成日が証明日となります。必ずご記入ください。※「労務に服さなかった期間」の期間を過ぎてから証明してください。

【添付書類】

申請期間にかかる

① 出勤簿(写)

② 賃金台帳(写)

※ 欠勤控除が翌月以降になる場合は、欠勤控除が行なわれた月の賃金台帳(写)が必要です。

※ 添付していただく出勤簿(写)には、「出勤」・「有給休暇」・「欠勤」等、勤怠の表示が必要です。

※ 賃金計算方法(欠勤控除計算方法)については、添付する賃金台帳(写)に記入してください。

※ 必要に応じ、別途添付書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

《 医師または助産師の方へ 》

- ・ 「出生児の数」「生産または死産の別」は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
- ・ 「生産または死産の別」の死産を○で囲んだ場合は、妊娠何週の死産であるのかを当該欄に付記してください。

健康保険の給付を受ける権利は 2 年間で消滅します。

出産手当金の時効の起算日については「労務に服さなかった日ごとにその翌日」となります。

虚偽の申請等不正行為が発覚した場合は、健康保険法第58条により、既に受けている保険給付を返還いただき、さらに同法第120条により、6ヶ月を限度に罰則的給付制限を行うことがあります。