

常務理事	事務長	担当	係

◎この申請書は2枚一組です。

健康保険 出産手当金請求書

提出日令和 7 年 4 月 1 日

① 被保険者 記号番号	記号 1234	番号 1234567	② 被保険者の 氏 名	山口 優子
※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。				
③ 被保険者の 現 住 所	(〒 -) TEL (-) ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
④ メールアドレス	@ ※電話での連絡が難しく、メールでの連絡を希望される場合にはメールアドレスをご記入ください。			
⑤ 被保険者の 資格取得日	平成 23 年 4 月 1 日		⑥ 事業所の名称	株式会社 * * * * *
⑦ 出産のため休んだ期間	令和 7 年 3 月 15 日 から 98 日間		ご自身の勤務先会社名を記入してください。	
⑧ 出産日	令和 7 年 1 月 18 日		⑨ 出産予定日	令和 7 年 1 月 20 日

支給	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。	
尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。（被保険者名義の口座に限る）		
払付	☐	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注)口座情報の反映には、登録から数日を要します。
先金	☐	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した口座を利用します。 [必要添付書類] 金融機関名称、支店名、口座番号、口座種別 注1)海外送金はできません。 注2)電子マネーでの送金はできません。 給与振込口座以外の口座をご希望の場合にのみ 該当の欄にチェックを入れてください。

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

医師・助産師の証明は2ページ目に続きます。

受付日付印

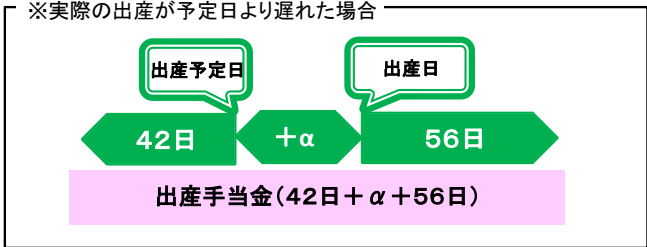
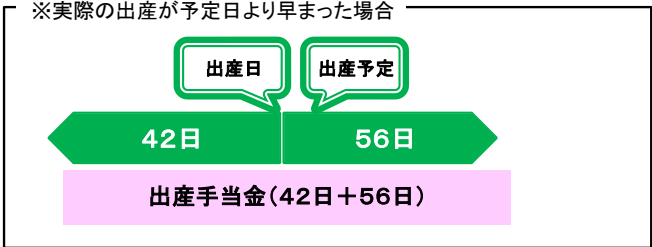
〔支給を受ける条件〕

本人(女性被保険者)が次の条件をすべて満たした場合には、出産手当金が支給されます。

- ① 妊娠4か月(85日)以上の出産であること(早産・死産(流産)・人工妊娠中絶も含まれます)
- ② 出産のため仕事を休んでいること
- ③ 給与の支払いがないこと
(休んだ期間についての給与の支払いがあっても、その給与の日額が出産手当金の日額より少ない場合は、出産手当金と給与の差額が支給されます)

〔支給額と支給期間〕

- ① 支給額
1日当たりの金額:【支給開始日の以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額(※)】÷30×(2/3)
※ 支給開始日の以前の期間が12か月に満たない場合は以下⑦と⑧を比べて少ない方の額を使用して計算します。
⑦ 支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均
⑧ 当該年度の前年9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額
- ② 支給期間
出産手当金は出産日(出産日が予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠は98日)から出産日後56日までの期間について支給されます。



⑩ 出 産 者 氏 名			
⑪ 出 産 年 月 日	年	月	日 出 産
⑫ 出 産 予 定 年 月 日	年	月	日 出 産 予 定
⑬ 出 産 後 の と き は 正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	⑭	妊娠 何ヶ月)	
	単胎または多胎の別	単 胎 ・ 多 胎	
上記のとおり相違ありません。 令和 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 電話 () ※医療機関名等ゴム印を押印ください。			

医師・助産師に証明を受けてください。

〔医師または助産師への注意事項〕

- ⑬、⑭及び⑮欄はそれぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- ⑭欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠何ヶ月の死産であったかを当該欄に付記してください。
- 訂正箇所は二重線で抹消後、正しい内容と証明者のサインをご記入ください。

提出先

※医師・助産師より、証明を受けた後、以下の宛先へご提出ください。

〒754-0894 山口県山口市佐山10717-1 (TEL:083-988-0306)

(株)ファーストリテイリング 給与・社会保険チーム