

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)振込を希望される支払日の10営業日前までに健保組合へ申請書が到着することが必要です。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。

【法定産前・産後期間において労務に服さなかった期間】

● 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。

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後で減額する場合は、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。

【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(当健保組合グループ会社でお勤めの方) 名義の口座になっているかどうか確認ください。

(家族名義になっていることが多々あります)

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(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・印】

● 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・押印を確認ください。

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いたします。

● 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。

● 証明誤り(二重書き・ぬりつぶし含む)の場合は「訂正印」が必要です。(修正液(テープ)使用不可)

● 「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される場合には、必ず、「被保険者証の記号・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) 平成 ○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		
分娩年月日	平成○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			
振込希望銀行	○○銀行 △△	支店 (普通・当座)	No. XXXXXXXX カナメイギ (ケンポ タロウ) ※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。
	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) 平成24年3月1日から 平成24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)	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)	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。
※労務に服している 期間分は証明しない でください。	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		
	氏名	事業主証明	
		産後8週間経過後に証明し健保へ提出	