

## 出産手当金申請書 ～被保険者の方へ～

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。

※「出産以前」「出産後」2回に分けて請求することも可能です。(ただし、申請書は2枚必要となります)

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。

### 【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、在職中の方向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。

【振込希望銀行】※記載誤りの場合は決定振込日より遅くなります。

- 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、通帳表紙の裏面コピーが必要です。

### 【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・氏名を記載してください。

押印も忘れないようお願いします。

### 【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。

健保組合へ提出された後は、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



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)	
		※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	-	
	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 <b>労務に服さなかった</b> 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	
明	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	
	氏名	産後8週間経過後に証明し健保へ提出	