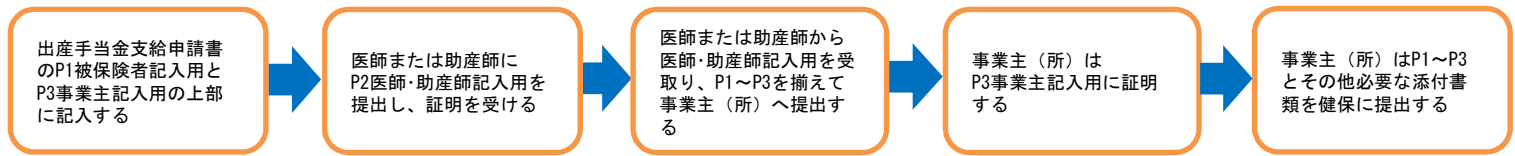


出産手当金支給申請書の手続きについて

【申請の流れ】



【注意事項】

《支給の要件について》

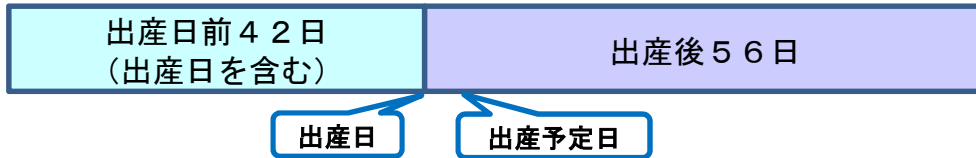
- ・女性被保険者が出産のために仕事を休み、給与の全部または一部が支給されないとき。
- ・妊娠4ヵ月（85日）以降の出産。
- ・妊娠4ヵ月以降であれば、生産・早産・流産・死産・帝王切開による出産・人工中絶（母体保護法に基づく場合に限る）を問わず支給されます。
- ・出産手当金と傷病手当金が重なった場合は、出産手当金が優先されます（出産手当金より傷病手当金の金額が多い場合、その差額は支給されます）。

《支給の期間について》

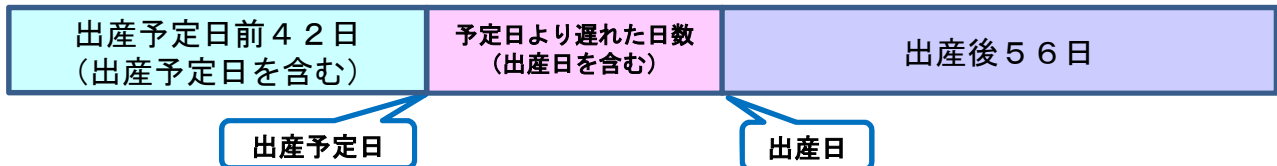
- ・出産日（※1）以前42日目（※2）から出産日の翌日以後56日目までの期間

※1：出産日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日
※2：多胎妊娠の場合は98日目

【 出産予定日に出産した場合または出産予定日より早く出産した場合 】



【 出産予定日より遅れて出産した場合 】

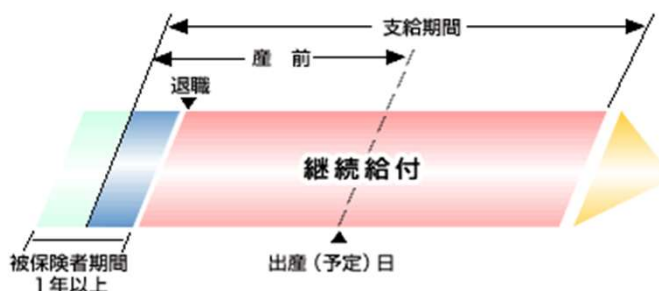


《申請のタイミングについて》

- ・出産のため休んだ期間（申請期間）が過ぎてから提出してください。
- ・退職者であっても、事業主（所）の証明が必要です。事業主（所）経由でご提出ください。
- ・出産前の期間と出産後の期間を分けて申請することも認められていますが、申請は2回ご提出いただくことになります。
出産前の期間の申請：P1～P3を出産後すぐに
出産後の期間の申請：P1とP3（P2医師・助産師記入用は不要）を出産後56日経過後

《資格喪失後の継続給付について》

- ・出産日または出産予定日が、資格喪失日の前日から42日以内（多胎の場合は98日以内）の場合は、資格喪失後の受給期間も給付を受けられます。ただし、退職前に継続して1年以上被保険者であって、かつ、資格喪失日の前日が労務不能であることが支給の要件となります。（資格喪失後の期間には付加給付なし）



* 出産手当金についての詳しい内容は「東芝健保ホームページ」でご確認ください。

記載欄 事業主(所)	適用事業所記号		健保責任者	健保担当者	所属上長	庶務係
	健保担当者 電話番号					

記入日：令和 年 月 日

被保険者情報	会社名	被保険者証 記号 番号 1 0 0				資格取得日 年 月 日			
	所属					3. 昭和 4. 平成 5. 令和			
	氏名 (フリガナ)	生年月日 年 月 日				資格喪失日(退職日の翌日) 年 月 日			
	住所	〒 -				5. 令和			
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 ()							
給付金 受取方法	<input type="checkbox"/> この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。				<input type="checkbox"/> 退職のため、個人口座へ振込を希望します。 ⇒以下に口座を記入				

申請内容	1 出産予定日と出産日	出産予定日	5. 令和	年 月 日	出産日	5. 令和	年 月 日	
	2 出産のため休んだ期間(申請期間) ※公休日、有給休暇取得日も含む	5. 令和	年 月 日から	5. 令和	年 月 日まで	日間	日数	
	3 申請の回数	<input type="checkbox"/> 出産前～出産後の期間を1回で申請				<input type="checkbox"/> 出産前の期間を申請します		
		<input type="checkbox"/> 出産前と出産後を分けて2回で申請 → 今回は				<input type="checkbox"/> 出産後の期間を申請します		

退職(予定)者 振込先指定口座	金融機関 名称	※ゆうちょ銀行不可				銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号				右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。)				口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 遺族

健保記載欄	支払先コード				備考欄			
	事業所		個人		SEQ			
	控除額							
	月分(控除事由)		控除月額/日数		控除日額 (円)			
	月分	欠勤 有給	円	日				
月分	欠勤 有給	円	日					
月分	欠勤 有給	円	日					
月分	欠勤 有給	円	日					

医師または助産師証明欄

出産者氏名

出産予定日
(必ず記入してください)

5

5. 令和

年 月 日

出 産 日

5

5. 令和

年 月 日

出生児の数

1. 単体
2. 多胎 (児)

生産または
死産の別

妊娠

(週)

1. 生産
2. 死産

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号 ()

【医師・助産師の方へ】

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名	被保険者証 記号・番号	100-	※従業員番号記入による被保険者証 記号・番号省略不可 (従業員番号:)			
事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	5 5. 令和	年 月 日から	5 5. 令和	年 月 日まで	日 日間
	上記の期間に対して、賃金を支給しましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の締切日	毎月:	日/切
支給した賃金内訳	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。					
	項目	基準月額	次動月に支給しない項目に△を記入してください↓	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分
				支給額	支給額	支給額
		計				
賃金計算方法	※欠勤控除計算方法等について、必ずご記入ください。その他、連絡事項等あればご記入ください。					所定基準日数
						日
						時給者の場合
						所定時間: h/日
					時給単価: @ 円	
					日給者の場合	
					日給単価: @ 円	
上記の期間後の勤務状況	<input type="checkbox"/> 出勤開始	年 月 日より	<input type="checkbox"/> 退職	年 月 日付		
	<input type="checkbox"/> 育児休職	年 月 日より	<input type="checkbox"/> その他 ()			
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
事業所所在地					証明担当者 氏名	
事業所名称						
事業主氏名						

【事業主の方へ】

- 1 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について確認できる勤務表、タイムカード等を必ず添付してください。(労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間のすべてが欠勤・無給であった場合、添付省略可)
- 2 支給した賃金内訳欄について
労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。
支給した賃金内訳は、締日ごとに1か月分ずつご記入ください。実際に支払うべき精算後の金額を項目別にご記入ください。
(労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間のすべてが欠勤・無給であった場合、記入省略可)
- 3 賃金計算方法欄について
賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を必ずご記入ください。
1/2、60%等、定率支給されている場合は、詳細を明記してください。時給・日給者の場合、単価等を記入してください。
- 4 証明した日をご記入ください。証明した日付が、支給した賃金内訳欄証明内容の期間より前の場合は認められないため、見込で証明しないでください。
- 5 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。