

現役の被保険者本人が出産した場合のみ申請できます

決定伺

資格 取得 年 月 日 喪失 年 月 日	支給期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	回数 回	担当	会計	事務長	常務理事	台帳
変更年月 年 月 月額 千円 日額 円 法定給付日額 円 付加金日額 円		変更年月 年 月 月額 千円 日額 円 法定給付日額 円 付加金日額 円		法定給付日額 円 付加金日額 円		付加金日額 円	
決裁 年 月 日	支給金額 (①+②) ¥	① 手当金 ¥		② 付加金 ¥			
<input type="checkbox"/> 104 条該当 日間差額支給 件一括 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)		① 手当金		② 付加金			

書類の提出日

出産 手当金 請求書

OCの場合は
ロケも記載

平成 22 年 5 月 10 日

請求者記入欄	被保険者証記号・番号 10-101010	被保険者氏名 保険納子	事業所 オムロン株式会社 (K)	所属 健保
現住所 〒	自署の場合は 押印不要			
分娩予定日	平成 22 年 5 月 6 日	分娩日	平成 22 年 4 月 28 日	
分娩のため休んだ期間	平成 22 年 3 月 18 日 ~ 平成 22 年 6 月 23 日 98 日間		左記期間中に報酬を ● 受けた ○ 受けられる ○ 受けない ○ 受けられない	
病院または産院に入院して分娩したとき	病院または産院名 オムロマタニティクリニック 所在地 〒0000-0000 京都市右京区御室0-0 入院期間 平成 22 年 4 月 25 日 ~ 平成 22 年 5 月 8 日 実際に会社を休んだ期間を記入			
(退社者記入欄) 振込希望銀行	本人退職や死亡のタイミングで 申請する場合のみ記載	銀行 信用金庫	支店	口座番号 普通
分娩予定日	平成 年 月 日 分娩予定	生産または死産の区別	生産 (単胎 ・ 多胎: 児)	
分娩日	平成 年 月 日 分娩	死産 (妊娠 ヶ月)		
医師・助産師記入欄	入院して分娩したときはその期間	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	入院費用の別	自費 年 月 日 ~ 年 月 日 日間
			健保(本・家)	年 月 日 ~ 年 月 日 日間
			その他	年 月 日 ~ 年 月 日 日間
上記のとおり相違ないことを証明します。	平成 年 月 日	住所		
	医師または助産師の	病院名		
	必ず記入してもらってください。 記入がないと手当金は支給されません。	氏名	印	

※ 事業主証明は別紙に記載すること

※ 記入上の注意

1. 出産手当金は分娩のため勤務を休んだことにより報酬が受けられなかった場合に支給します。
2. 分べん予定日前 42 日間(多胎の場合は 98 日、分娩予定日より遅れた場合はその日数を加算)、分娩後 56 日間を限度として、1 日につき標準報酬日額の 2/3(出産手当金)、10/100(付加金)を支給します。(分べん日は産前に含む)
なお、上記の支給期間中に会社より給与等の支払いがあった場合は上記の支給が行われたとみなし、その金額の範囲内で支給金額を減額し、または支給停止します。
また、支給期間中に資格喪失された場合は、上記のうち付加金については資格喪失日の前日をもって支給停止します。
3. 印をはっきりと押し、印もれのないように、また訂正したところは、それぞれの印をもって訂正印を押印してください。
4. 病院または産院に入院された場合は、入院された病院または産院名、所在地、入院期間を記載してください。
入院された場合は、その入院費用が自費か被保険者健保扱いか被扶養者健保扱いかについて期間での証明を受けてください。
5. 退職予定および退職後の請求の場合のみ、「振込希望銀行」を記入ください。
6. 分娩のため休んだ期間中の給与扱い区分の欄はその該当される事項について○印でかこんでください。
7. 事業主または代理人その他に手当金の受領方を委任したときはその者の住所氏名印を記載してください。
8. 事業主が法人の場合は法人名と公印をもって、個人の場合は個人名と個人印をもって証明してください。
9. 「支給決定」は、『医療費のお知らせ』に掲載します。