

4-7

出産のため休んだとき

被保険者…『出産手当金』

(1) 出産手当金

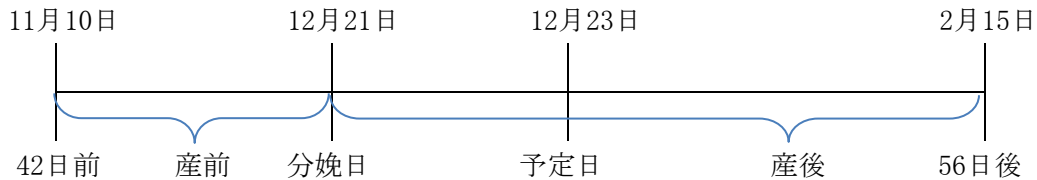
○被保険者が分娩のため休業し、この間報酬を受けることができないときは、その期間内の生活補償として「出産手当金」が支給されます。

(2) 支給期間

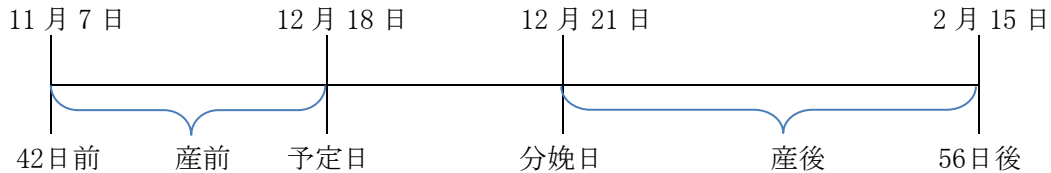
○分娩日以前 42 日および分娩日以後 56 日、計 98 日（多胎妊娠の場合は、分娩日以前 98 日および分娩日以後 56 日の 154 日間）の範囲内で、出産のために仕事を休み、報酬を受けなかった期間について支給されます。

○分娩が分娩予定日より遅れた場合、分娩日以前 42 日に、遅れた日数分が加算されます。

例1 分娩日が予定日と同じか、早い時。(98日間)



例2 分娩日が予定日より遅いとき。(98日間+遅れた日数)



(3) 支給額

○1 日につき支給開始月を含む直近 12 ヶ月間の標準報酬月額を平均した額 ÷ 30 の 3 分の 2

(4) 提出書類

○「出産手当金請求書」

(5) 死産・流産のとき

○妊娠 4 ヶ月以上であれば、死産、早産、流産、人工妊娠中絶の場合でも支給されます。

(6) 報酬が受けられる場合

○出産のために休んでも、給料が支払われている場合は支給されません。ただし、給料の一部が支払われている場合で、その額が出産手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。

(7) 時効

○労務に服さなかった日ごとにその翌日から 2 年

4. 給付関係

記入上のポイント

- ・「出産のために休んだ期間(請求期間)」と、事業主証明欄の「労務に服さなかった期間」が、相違ないことを確認してください。
- ・「報酬を受けた(今後受ける)期間」と、事業主証明欄の「報酬の支給期間と金額」が、相違ないことを確認してください。

(事業主証明欄)

- ・支給期間中の「出勤状況」を必ず表示してください。
- ・「出勤状況」や「報酬の支給期間と金額」については、タイムカード表、勤務実績表、賃金台帳等と照合し、漏れや誤りのないよう記入してください。

4. 給付関係

出産手当金請求書 (左ページ)

出産手当金請求書

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	100	番号	12345					
	被保険者	会社名	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇部				
		氏名	西武 花子							
		住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 (〒 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)							
		生年月日	昭和 平成	6年9月13日	資格取得日	昭和・平成 令和	元年4月1日			
	分娩予定日	平成(令和) 3年 3月 11日								
	分娩日	平成(令和) 3年 3月 14日								
	出産のために休んだ期間 (請求期間)	平成(令和) 3年 1月 29日 から 平成(令和) 3年 5月 9日 まで 102日間								
	上記の期間の報酬を受けましたか 又は今後受けられますか	〇 . いいえ		「はい」の場合、報酬支払の基礎となった(なる)期間とその額 平成(令和) 3年 1月 29日 ~ 平成(令和) 3年 2月 15日 〇〇,〇〇〇 円						
	入院して分娩したとき	医療施設(医療機関)の名称	〇〇産婦人科医院							
医療施設(医療機関)の所在地		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇								
健康保険又は公費で入院した期間		平成 令和				年 月 日 ~ 平成 令和	年 月 日 日間			
自費で入院した期間		平成 令和				3年 3月 14日 ~ 平成 令和	3年 3月 20日 7日間			
振込金融機関	銀行名	〇〇〇 銀行	支店名	〇〇〇〇 本店	口座種目	1 普通	口座番号(右詰めで記入)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	口座名義(カタカナ)	セイブ ハナコ
	ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0	通帳番号		1	口座名義(カタカナ)		

健康保険支給決議書

健 保 記 入 欄	款	保険給付費	項	法定給付費	目	出産手当金		
		期間 / ~ /	日数 ×	標準報酬日額の2/3	A			円
		減額 (一部支給等)		a			円	
		支給決定額 (A)-a					円	
	標準報酬日額	(,000 ×) + (,000 ×) + (,000 ×)		=	,000			
		(,000) ÷ 12ヶ月 ÷ 30日		=	円			
	受付年月日	支給開始日		令和 年 月 日				
	備考							
	支給日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	給付		

4. 給付関係

出産手当金請求書 (右ページ)

医師 又は 助産師 の 意見 欄	分娩予定年月日	平成 令和	3年3月11日	分娩日	平成 令和	3年3月14日
	正常分娩又は 異常分娩の別	正常・異常		出産又は死産の別	出産・死産(妊娠ヶ月)	
	出生児の数	単胎・多胎(児)		入院費用の別	健保・公費 自費・その他	
	入院の期間	健保	平成 令和	年月日 ~	平成 令和	年月日(日間)
	自費	平成 令和	3年3月14日 ~	平成 令和	3年3月20日(7日間)	
上記のとおり相違ありません。 令和3年3月20日 医療施設(医療機関)の名称 ○○産婦人科医院 医療施設(医療機関)の所在地 ○○県○○市○○町○○番地○○ 医師・助産師の氏名 ○○ ○○						

事業主 証明 欄	労務に服さなかつた期間	平成・令和3年1月29日 ~ 平成・令和3年5月9日																																
	出勤状況	出勤…○ 有給休暇…△ 公休…公 欠勤…× 事業主支給…●でそれぞれ表示してください。																																
		平成・令和3年1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		平成・令和3年2月	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	△	△	△
		平成・令和3年3月	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
		平成・令和3年4月	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	平成・令和3年5月	×	×	×	×	×	×	×	×	×																								
上記期間中の報酬の 支給期間と金額	全部支給 (有給・事業主支給等)	平成 令和	2年1月29日 ~	平成 令和	2年1月31日	3日間																												
	一部支給	平成 令和	2年2月1日 ~	平成 令和	2年2月15日	15日間																												
金 00,000 円																																		
出産手当金の請求実日数		98 日間																																
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 事業所の名称 ○○○株式会社 事業所の所在地 ○○県○○市○○町○○番地○○ 事業主の氏名 ○○ ○○																																		

押印欄	事業所	所 属
	印 印 印	印 印 印

K09-202108