

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

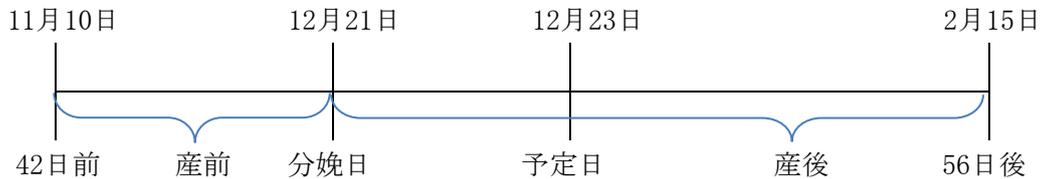
○被保険者が分娩のため休業し、この間報酬を受けることができないときは、その期間内の生活補償として「出産手当金」が支給されます。

(2) 支給期間

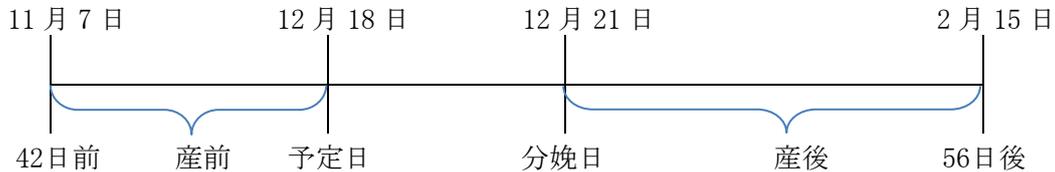
○分娩日以前 42 日および分娩日以後 56 日、計 98 日（多胎妊娠の場合は、分娩日以前 98 日および分娩日以後 56 日の 154 日間）の範囲内で、出産のために仕事を休み、報酬を受けなかった期間について支給されます。

○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	被保険者等	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 (Tel. 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	令和 3 年 3 月 11 日								
	分 娩 日	令和 3 年 3 月 14 日								
	出産のために休んだ期間 (請求期間)	令和 3 年 1 月 29 日 から 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	はい		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 令和 3 年 2 月 1 日 ~ 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間								
	自費で入院した期間	令和 3 年 3 月 14 日 ~ 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	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
	信用金庫 信用組合 農 協	〇〇〇〇 支店 出張所	2 当座	通 帳 記 号		通 帳 番 号		口座名義(カタカナ)		
	ゆうちょ銀行	1	0					1		

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	
	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	令和 3 年 3 月 11 日	分娩日	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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)	
	自費	令和 3 年 3 月 14 日 ~ 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		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		
医師・助産師の氏名		〇〇 〇〇		

事業主 証明 欄	労務に服さなかった期間	令和 3 年 1 月 29 日 ~ 令和 3 年 5 月 9 日	
	出勤状況	出勤…○ 有給休暇…△ 公休…□ 欠勤…× 事業主支給…●でそれぞれ表示してください。	
		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
		令和 3 年 2 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
		令和 3 年 3 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
		令和 3 年 4 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
	令和 3 年 5 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	
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)	令和 3 年 1 月 29 日 ~ 令和 3 年 1 月 31 日 3日間	
	一部支給	令和 3 年 2 月 1 日 ~ 令和 3 年 2 月 15 日 15日間	
		金 〇〇,〇〇〇 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		〇〇〇〇株式会社	
事業所の所在地		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇	
事業主の氏名		〇〇 〇〇	

押印欄	事業所	所 属
	印 印 印	印 印 印

K09-202504