

# 出産手当金支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎出産のために休業した期間（土日祝日等の公休日を含む。）を記入してください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

◎添付書類について

別紙に次のとおり証明を受けて添付してください。

- ・休業期間及び報酬の有無について、別紙上部の「勤務状況等についての事業主の証明書」欄に事業主の証明を受けてください。（出勤簿の写を添付してください。また、退職後の出産手当金の支給申請を行われる場合は、「勤務状況等についての事業主の証明書」欄は記入不要です。）
- ・別紙下部の「医師又は助産師の証明書」欄に、医師又は助産師から出産に関する証明を受けてください。（2回目以降の申請については、この「医師又は助産師の証明書」は提出不要です。）

○支給要件等については、別紙をご覧ください。

全国土木建築国民健康保険組合 出産手当金支給申請書				提出区分	1 申請者から直接 2 事業所を経由
○ 組合員（申請者）に関する項目					
組合員	被保険者証記号・番号	71-1505	214	氏名	窪辺 花子
	住所	〒221-0001 横浜市神奈川区子安通2-215			
	電話番号	(045) 434-5656 (1 自宅・2 携帯・3 その他)			
申請年月日	平成△△年△△月△△日	事業所名	ハ重洲建設株式会社		
申請者区分	① 組合員 ② 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、本組合の被保険者であった場合は添付不要です。				
申請者	氏名	組合員との続柄			
組合員が申請者の場合は、記入不要です。	住所	〒 -			
	電話番号	( ) - 1 自宅・2 携帯・3 その他 ( )			
○ 申請内容に関する項目					
退職年月日（退職者の場合）	平成 年 月 日	最終稼働年月日（第二種の場合）	平成 年 月 日		
出産のために休業した期間	平成△△年6月11日から 平成△△年9月28日まで 110日間	出産予定年月日	平成△△年7月30日	出産年月日	平成△△年8月1日
出生児の数	① 単胎 ・ 多胎 ( 児)				
休業期間中に事業主から支給された報酬額及び期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 0円	出産手当金を請求する期間及び日数	平成△△年6月19日から 平成△△年9月26日まで 100日間		
○ 受領方法、振込先等					
受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。				
該当する番号を○で囲んでください。なお、「2」の場合は記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。	1 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。） 2 次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。				
	平成△△年△△月△△日	組合員氏名	窪辺 花子	(申請者) 住所 横浜市神奈川区子安通2-215	
代理人	氏名	ハ重洲建設株式会社	住所	〒 -	
事業主に受領委任される場合、事業主名称、事業主氏名のみ記入してください。（押印不要）	取締役社長	塚川 一郎	電話番号	( ) -	
申請者との関係	1 自宅・2 携帯・3 その他 ( )				
振込先	金融機関名称	支店名称		コード	
事業主に受領委任される場合又は通帳の写（口座番号等の記載面）を添付される場合は記入不要です。	預金種目	口座番号	口座名義（フリガナ）		
	1 普通（総合を含む。）・2 当座		( )		

◎組合員（または遺族である申請者）が署名または、記名、押印してください。

◎組合員（または遺族である申請者）にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。（「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。）

◎出産前の申請の場合、出産予定年月日のみを記入してください。

◎出産後の申請の場合、出産予定年月日と出産年月日の両方を記入してください。

◎「2」の場合は組合員（または遺族である申請者）が記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。

◎振込先を記入してください。（事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。）記入誤りがあった場合は振込送金できませんので、できる限り通帳の写を添付してください。（その場合、この欄は記入不要です。）

◎事業主への受領委任を希望される場合、  
①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入のうえ、押印してください。  
② 代理人の「氏名」欄に事業主名称と、事業主氏名を記入してください。（押印不要）この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

# 出産手当金支給申請書の記入例（別紙）

◎事業主に記入を依頼してください。

出勤簿の写を添付してください。また、退職後の出産手当金の支給申請の場合は空欄で提出してください。

## 勤務状況等についての事業主の証明書

◎休業期間を含む賃金計算期間について、出勤した場合は「出」、有給は「有」、公休は「公」、欠勤は「欠」、前日と同じ場合は「→」と記入してください。

勤務状況	平成△△年 6月															(出勤日数: 8日) (有給日数: 0日)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
出勤は「出」、有給は「有」、公休は「公」、欠勤は「欠」、前日と同じ場合は「→」と記入してください。	出	→	→	公	→	出	→	→	→	→	公	→	→	→	→	(出勤日数: 0日) (有給日数: 0日)
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
平成△△年 7月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数: 0日) (有給日数: 0日)
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
平成△△年 8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数: 0日) (有給日数: 0日)
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
平成△△年 9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数: 2日) (有給日数: 0日)
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数: 日) (有給日数: 日)
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	

  

給与体系	月給		日給		賃金締日			末日	
	期間	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	金額	金額	金額	休業期間中に係る賃金を一部減額して支給されている場合、その計算方法
上記休業期間を含む賃金計算期間に支給された賃金の内訳 休業期間中に係る賃金について、全額控除している場合は記入不要です。また、賃金台帳の写を添付される場合、この欄は記入不要です。	手当の名称	金額	金額	金額	金額	円	円	円	
		円	円	円	円	円	円	円	
		円	円	円	円	円	円	円	
		円	円	円	円	円	円	円	
		円	円	円	円	円	円	円	
		円	円	円	円	円	円	円	
	合計	円	円	円	円	円	円	円	

  

組合員氏名 渡辺 花子 の勤務状況等について、上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 △△年 △△月 △△日 所在地 東京都千代田区根田町1-1

事業所 名称 八重洲建設株式会社

事業主 氏名 取締役社長 夏川 一郎

**事業主印**

◎休業期間を含む賃金計算期間における賃金の支給状況について記入してください。

休業期間中に係る賃金について、全額控除している場合は記入不要です。また、賃金台帳の写を添付される場合、この欄は記入不要です。

◎給与の種類について、該当するものを○で囲んでください。

◎休業期間中に係る賃金を一部減額して支給されている場合、その計算方法を記入してください。

◎医師に記入を依頼してください。

2回目以降の申請については、この「医師又は助産師の証明書」は提出不要です。

## 医師又は助産師の証明書

出産者氏名	渡辺 花子	生年月日	③ 昭 平 53年 7月 24日 4
出産予定年月日	平成 △△年 7月 30日	出産年月日	平成 △△年 8月 1日
上記のとおり証明します。		出生児の数	① 単胎 ・ 多胎 ( 児 )
平成 △△年 △△月 △△日		所在地	横浜市緑区荏田南町1-5-7
医師又は助産師	医療機関等名称 緑中央病院	氏名	医師 田中 治夫
	電話番号 (045) 999-1111		

**担当 医師印**

(注) 2回目以降の申請については、この「医師又は助産師の証明書」は提出不要です。

◎ 支給要件について

- ・妊娠4か月以上の出産（死産、流産、早産、人工妊娠中絶を含みます。）で出産の日（出産の日が出産の予定日後の場合は出産の予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から出産の日後56日までの間において業務に従事せず、かつ給料の支払いがないときに受けることができます。
- ・休業期間中引き続き事業主から給料を受けることができる場合は、傷病手当金と同様に出産手当金の全部又は一部を支給しません。（給料が支払われていても、出産手当金の日額より少ないときは、その差額を支給します。）

○ 傷病手当金との調整について

出産手当金の支給を受けているときは、その期間、傷病手当金は支給しません。ただし、出産手当金の日額が傷病手当金の日額に満たないときはその差額を支給します。

○ 資格喪失後の支給要件について

第一種組合員の場合、被保険者資格を喪失した日前継続して1年以上被保険者であった者が、その被保険者資格を喪失した際に出産手当金の支給を受けているときは、資格喪失後も引き続き出産手当金を支給します。(第二種組合員の資格喪失後の支給要件については、給付事務センターにお問い合わせください。)

○ 他の法令との調整について

他の法令の規定によって出産手当金に相当する給付を受けることができる場合は支給しません。  
ただし、その額が本組合で支給する額に満たないときは、その差額を支給します。