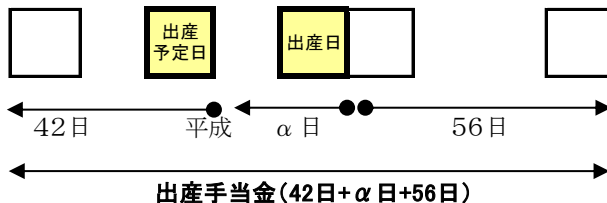


<出産手当金の支給要件>

- ・出産手当金は、女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休むことにより、賃金が受けられない場合に支給されます。
- ・支給期間は、出産の日以前42日目から出産後56日目までの間で、労務に服さなかった期間が対象となります。
- ・出産の日は、出産の日が産前予定日より遅れた場合においては、産前予定日になります。出産の当日は、産前予定日の期間に含まれます。
- ・多胎妊娠における支給期間は、産前予定日より98日となります。
- ・支給額は欠勤1日につき「直近の継続した12ヵ月の標準報酬月額平均の30分の1」の3分の2相当です。

なお、給料を受けていても出産手当金の額より少ないときは、差額が支給されます。



[傷病手当金との調整]

出産手当金の支給期間中に傷病手当金の要件も満たす場合は、出産手当金が優先し、傷病手当金は支給されません。なお、その期間に傷病手当金が支給された場合は、出産手当金の内払いとみなされ、その額だけ出産手当金の額が減額調整されます。

<記入上の注意>

- I. 3の欄は、該当するものをマル(○)で囲んでください。
- II. 4の欄は、被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することは出来ません。
- III. 7の欄は、日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(携帯電話可)
- IV. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入して下さい。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の@は必ず押してください。
- V. 振込先は、銀行・信用金庫およびゆうちょ銀行のみの取扱いです。
※ゆうちょ銀行をご指定される方は、全銀システム対応の支店・口座番号を記入して下さい。
- VI. 出産手当金対象期間が経過してから(産後56日以後)の給付になります。

※各種現金給付の支払日について

1. 給付金の支払日は、申請書が健保に到着した日(人事課が事業主証明欄に記入し必要書類を添付して健保に提出した日)により概ね次のように処理します。
 - 10日までに到着・・・当月15日に支払
 - 20日までに到着・・・当月25日に支払
 - 月末までに到着・・・翌月5日に支払

※支払日が土・日・祝の場合、翌営業日のお振込になります。
※大型連休がある期間については、上記のお支払日が多少変更となります。
※申請書や添付書類に不備があった場合は、訂正後のお支払いとなります。
※産後56日以後で支給対象となっている月の給与明細が確定してからの給付になります。

★給与明細の確定時期>>> 正社員の方: 翌月の25日以降
正社員以外の方: 翌々月の25日以降

■その他注意事項

- ・出産手当金は、休んだ期間につき事業主の証明(出退勤表、給与明細等)が必要になりますので、人事・労務担当部署を経由して健保に提出して下さい。
- ・生まれた子を健康保険組合の被扶養者にする場合は、別途申請が必要です。

○お問合せ先

〒600-8420

アイフル健康保険組合

京都府京都市下京区烏丸通五条上る高砂町381-1

TEL:075-353-0211 FAX:075-371-2121

健康保険出産手当金支給申請書

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|---------------|---|--------------|-----------|-----------------|---|---|---|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証の記号・番号 | | 3 生年月日 | | | | 4 被保険者(申請者)氏名と印 | | | |
| | 1 記号 | 2 番号 | 昭 | 年 | 月 | 日 | (フリガナ) _____ | | | |
| | | | 平 | | | | (印) | | | |
| | 5 社員番号 | | 6 事業所(勤務先)の名称 | | | | | | | |
| | | | 会社名 _____ | | | 所属名 _____ | | | | |
| 7 被保険者(申請者)の住所 | | (フリガナ) _____ | | | | | | | | |
| | | 〒 _____ | | | 連絡先() _____ | | | | | |
| | | 都・府 道・県 | | | | | | | | |
| 出産予定年月日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 出産年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 8 出産のため休んだ期間(支給期間) | | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (但し 月 日 ~ 月 日・月 日 ~ 月 日は、出勤・有給) | | | | | | | | |
| 9 上の8に書いた期間の部分の報酬を受けましたか。又は受けられますか。 | | 受けた・受けない・受けられない・受けられる(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日: 円) | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------|-------------------------------|------------------|----------|----------------------|-------|--|----|---|---|---|
| 医 師 ま た は 助 産 師 が 記 入 す る 欄 | 出産予定年月日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 出産年月日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 単胎又は多胎の別 | 単胎 多胎(児) | 正常分娩又は異常分娩の別 | 正 常 異 常 | 生産又は死産の別 | 生産・死産(妊娠 ヵ月) (週) | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 〒 _____ 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 医療機関 又は産院 | | 所在地 名 称 | | | | | | | | | |
| | 担当医師 又は助産婦 | | 氏 名 _____ (印) TEL() _____ | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|----------------------------|---|------|---|-------|--------------------|-------|-----|--|
| 事 業 主 が 証 明 す る 欄 | 出産のため勤務に服さなかった期間 | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | 給料締切日 | 日 締 | 給料支払日 | 日 払 | |
| | 支給した(する)内訳 | | 基本給 | 円 | 家族手当 | 円 | 給与の種類 | 月給・日給月給・時間給・その他() | | | |
| | 上記期間中の報酬について | | 支給した(する)・一部支給した(する)・支給しない・ | | | | | | | | |
| | 上記の期間中における就労状況、及び報酬の支払状況については、別添の書類に記載 上記のとおり相違ないことを証明します。 _____ 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 事業所の所在地 | | 名 称 _____ (印) | | | | | | | | |
| 事業主の氏名 | | _____ (記載者の氏名) | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 _____ 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 被保険者 住所 | | _____ (印) | | | | | | | |
| | (申請者) 氏名 | | _____ (印) | | | | | | | |
| | 代理人の住所 | | _____ (印) | | | | | | | |
| 氏名(フリガナ) | | _____ | | | | | | | | |
| 委任者と代理人との関係 | | _____ | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日提出 [受付日付印] | | | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|----|----|--------|
| 支払金融機関の欄 ※口座名義人は被保険者(申請者)本人又は代理人に限る。 | | | |
| 銀行 | 本店 | 普通 | (口座番号) |
| 信用金庫 | 支店 | 当座 | _____ |

- [記入上の注意]
- 給付金の支払は、法定期間が経過してからしかできません。
記入欄「8 支給期間」は、分娩日(分娩日が予定日より遅れた場合は予定日)以前42日(多胎妊娠の場合、98日)から、分娩日後(分娩日の翌日から)56日までの間において出産のために仕事に就かなかった期間です。資格喪失(退職)後の申請の場合も同様に必ずご記入ください。
 - 口座名義人は被保険者(申請者)本人または委任者に限ります。また、姓名が異なる場合、振込できません。結婚などで氏名変更された方は、保険証の氏名と口座名義とが合致しているか、ご確認ください。

お問合せ先: 京都府京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1 アイフル健康保険組合 TEL:075-353-0211