

出産のため仕事を休み給料がもらえないとき

出産手当金

出産のために仕事を休み給料がもらえなかったときには、その間の生活保障の意味で出産手当金が支給されます。

- ※ 妊娠4ヶ月以上（85日以上・12週を経過したもの）の分娩であれば、生産だけに限らず、死産・流産・早産・人工妊娠中絶の場合でも給付の対象となります。
- また、資格を喪失する日の前日まで1年以上の被保険者期間があり、資格喪失の日後6ヶ月以内に出産したときは、退職後であっても出産手当金を受給することができます。

◆手続方法

【 出産手当金支給申請書 】に医師・助産婦の証明を受けて勤務先の健康保険業務担当窓口へ提出してください。

◆支給方法

勤務先担当経由で、毎月10日までにいすゞ自動車健康保険組合に到着した申請書について当月23日に事業主あて振込みます。その後、事業主から申請者へ支給されます。（支給日は事業所によって異なりますので詳しくは勤務先健康保険担当部署へお尋ねください。任意継続被保険者・喪失者へは当月23日に請求者あて支給します。）

◆支給金額

出産の日以前42日（双児以上の場合は98日）間、出産の日後56日間のうちで仕事を休んだ日数分。（出産の日が予定日より遅れた場合は、その遅れた期間も支給されます）
休業1日について標準報酬日額の2/3相当額です。（報酬があればその金額は調整されます）

お願い

原則として産後56日が経過した後にご請求ください。

◆記入例

記入もれのないようにご注意ください。

- ① 該当するほうに○印を記入
- ② 提出する日を記入
- ③ 保険証に記載の番号を記入
- ④ 会社名を記入
- ⑤ 部屋番号まで正確に記入
- ⑥ 医師の証明が必要です

出産手当金支給申請書

（分娩前 ① 分娩後）

いすゞ自動車健康保険組合 御中
令和 29年 1月 9日提出

押印

氏名 健保 花子	生年月日 昭和 2年 8月 1日	記号 100	番号 123456
被保険者が記入するところ	資格取得年月日 平成 25年 4月 1日	資格喪失年月日 平成 年 月 日	事業所名 ④ 〇〇〇〇〇〇〇株式会社
現住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇番〇号 〇〇ハイツ〇〇〇号	TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
分娩予定日 平成 31年 3月 10日	分娩のため休んだ期間（※下記参照し記入してください） 平成 令和 31年 1月 28日 から		
分娩年月日 平成 31年 3月 1日	平成 令和 31年 4月 26日 まで 89 日間		
送金先 銀行 支店 普通 口座番号	受取人氏名(カナ)		

⑥

※ 分娩のため休んだ期間
・分娩予定日より遅れて出産した場合・・・分娩予定日より42日（多胎分娩のときは98日）と分娩日の翌日から56日間の範囲内で会社を休んだ期間を記入
・分娩予定日より早く出産した場合・・・分娩日より42日（多胎分娩のときは98日）と分娩日の翌日から56日間の計98日間の範囲内で会社を休んだ期間を記入

分娩予定日 平成 28年 11月 10日	入院して分娩したときはその期間 平成 令和 31年 1月 28日 から
分娩年月日 平成 28年 11月 7日	平成 令和 31年 2月 1日 まで 5 日間
出生児数 単胎 多胎(児)	分娩時の状態 正常 異常
生産・死産の別 生産(妊娠 10 週) ・ 死産(妊娠 週)	
うえのとおり相違ないことを証明する。 令和 1年 2月 1日	
施設の名前・所在地 藤沢市立湘〇-〇-〇	医師・助産婦名 いすゞ産婦人科クリニック 五鈴 良子

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 記入もれのないように注意してください。（記入もれがありますと支給が遅れる場合があります）
- 別途必要書類の提出を求める場合があります。
- 訂正したところは、訂正印を押印してください。
- 押印もれにご注意ください。
- この申請書にマイナンバーの記入は不要です。

《 女子被保険者が資格喪失後出産した場合 》

資格を喪失する日の前日までに1年以上の被保険者期間があり、喪失後6ヶ月以内に出産した場合は、退職後であっても請求できます。

事業主の証明	勤怠状況 欠勤日は× 出勤日は○ 有給休暇は△ を記入してください。全欠勤の場合は横線で消してください。（就業管理表の添付も必要です）
	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
	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
	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
	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
計 出勤 日 有給 日 その他 日	記載のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日
労務に服さなかった期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間	事業主(受取代理人)の所在地
上記期間中の分として支給した または支払う予定の報酬額 円	名称
報酬内訳 (住宅・家族・資格・その他) 算出式は 日額×欠勤日数で記入してください	代表者氏名
手当 算出式: = 円	印
手当 算出式: = 円	
手当 算出式: = 円	

◆問い合わせ先

いすゞ自動車健康保険組合

〒252-0806
神奈川県藤沢市土棚8番地
0466-42-0711(内線 8791-22)