

記入例

K-032 P (P)

日立健康保険組合 御中

健康保険 出産手当金請求書

枠線内を記入してください（記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください）

| | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--|-------------------------|
| 1 | 提出日 | 令和〇〇年 8 月 1 日 | | 備考 | |
| | 被保険者等 記号・番号 | 記号 | 番号 | 被保険者名 | (7桁) ケンボ マサミ |
| | | 1 0 0 0 | 1 0 0 0 0 0 0 0 | 健保 正美 | |
| | 事業所 (会社)名称 | 株式会社〇〇〇〇〇 | | 従業員番号 | 〇〇課 |
| | | | | 所属・電話 | (住: 000-000-0000) |
| 2 | 連絡先住所 | 〒000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (住: 000-000-0000) | | | |
| | 出産予定日 | 令和〇〇年 4 月 5 日 | 出産日 | 令和〇〇年 4 月 10 日 | |
| 3 | 出産のため休んだ期間 | 令和〇〇年 3 月 1 日から 令和〇〇年 6 月 5 日まで 97日間 | | | |
| 4 | 上記の休んだ期間分の報酬(※)を受けましたか | <input type="checkbox"/> 受けた <input checked="" type="checkbox"/> 受けない | | ※報酬には、各種手当(通勤手当、住宅手当等)やカフェテリアプランも含まれます | |
| | 報酬の支払を受けたときはその報酬の額とその支払の基礎となった期間(不明の場合は記入不要) | 令和 年 月 日から | の分として 円 | | |
| | | 令和 年 月 日まで | | | |
| 6 | 受取方法 | 1. 事業所経由で受け取る ⇒ 委任状欄にご署名ください 2. 個人の口座へ振り込み ⇒ 振込先を記入してください | | | |
| | 委任状 | 本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名 | | | |
| 8 | 振込先 | 「2. 個人の口座へ振り込み」を選択した場合、口座を記入してください(但し、振込先は本人口座に限定します) | | | |
| | | 銀行コード | 銀行 | 支店 | 1. 普通 2. 当座 |
| | | 0 0 0 0 | 〇〇 | 〇〇 | 口座番号 0 0 0 0 0 0 0 0 |

留意事項

- 支給日および支給方法
 - 毎月20日迄に健保組合に到着した分は、翌月15日に支給いたします。(休日の場合は前倒し)但し、申請内容によっては審査に時間を要し、支給が翌々月に降になることがあります。(事業所により、締切日が別途設定されている場合があります)
 - 支給方法は、「①健保組合から直接個人宛に支給」「②事業所から給与にて支給」があります。詳細は、事業所の健康保険担当の方にご確認ください。
- 支給決定通知について
 - 給付が決定された場合、給付される月の10日前後に、出産手当金請求書にご記入いただいた連絡先住所宛に「出産手当金支給決定通知書」をお送りします。なお、再発行はいたしませんので、ご注意ください。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

被保険者が出産のために会社を休み(出産休暇等)、給与の支払いがなかった場合(支払いがあっても出産手当金の額より少ない場合)

◆ 申請手順

- 添付書類 K-036「出産手当金(医師又は助産師の意見欄・事業主証明欄)」に、被保険者氏名・生年月日を記入し、医師又は助産師の証明をもらってください。
- K-032「出産手当金請求書」の「被保険者記入欄」を記入してください。(下記「記入要領」参照)
- K-036「出産手当金(医師又は助産師の意見欄・事業主証明欄)」を合わせて事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。

◆ 記入要領(記入例の番号と照合してください)

- 事業所(会社)に提出する日を記入してください。
- 休業中の連絡先を記入してください。(給付決定通知書を送付する住所となります) → 健保組合または事業所(会社)へ届け出の住所と異なっても結構です。
- 出産休暇等で会社を休んだ期間を記入してください。(なお、出産日(出産日が出産予定日後であるときは、出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日後56日までを超えた期間は、出産手当金は支給されません)
- この申請書で申請する期間内に給与の支払い(報酬、各種手当等)があるか該当するものにチェック(✓)をつけてください。
- 上記④で「受けた」に該当する場合、その期間と金額を記入してください。不明の場合は記入不要です。
- 希望する方に○を記入してください。
- 「1. 事業所経由で受け取る」を希望される場合は、委任状欄にご署名ください。 → 給与にて支給の有無は、事業所(会社)の健保担当者に確認してください。
- 「2. 個人の口座へ振り込み」を希望される場合は、振込先を記入してください。(但し、本人口座に限定します。) 産前(出産前の申請は不可)・産後の申請を別々に行う場合、振込先はそれぞれの請求書に記入してください。(ゆうちょ銀行、信用金庫、農協も可)

※記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にて二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 添付書類

添付書類 K-036「出産手当金(医師又は助産師の意見欄・事業主証明欄)」

◆ 送付先

事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

◆ 提出期限

出産手当金支給対象日ごとに翌日から起算して2年以内に請求してください。(健保組合必着)