

## 出産手当金の請求手続きについて

### 1. 支給条件

- (1) 保険者本人（女性）が出産のために仕事を休み、給料が支給されなかった場合に支給されます。

※健康保険で「出産」とは妊娠4ヵ月（85日）以上の出産、早産、流産、死産、母体保護のための人工妊娠中絶をいいます。

※医師または助産師の証明が必要です。

- (2) 退職日から42日以内（双子の場合98日以内）に出産日がある場合につきましても支給対象となります。（健康保険組合に1年以上加入していたことが条件）  
ただし、退職日に出勤している場合には支給されません。（有給休暇取得でも構いません）

### 2. 支給期間

- (1) 産前・・・出産日を含めて42日間（双子以上は98日間）

※出産日が遅れた場合は、  
出産予定日を含めて42日間（双子以上の場合は98日）+ $\alpha$ 日間（遅れた日数）

- (2) 産後・・・出産日の翌日から56日間

### 3. 支給額

- ・ 出産手当金・・・1日につき標準報酬日額の $\frac{2}{3}$
- ・ 出産手当金付加金・・・1日につき標準報酬日額の $85\% - \frac{2}{3}$

※出産手当金・出産手当金付加金が併せて支給されます。  
ただし、退職後の給付分については出産手当金付加金は支給されません。

### 4. 支給期日

- ・ 請求書が当健康保険組合に届いた日の翌月の30日（休日の場合は前日）となります。
- ※事業所によっては支給日が異なる場合があるため、勤務先事業所人事労務担当部門へご確認ください。

### 5. 書類提出先

- (1) 富士通(株)

社会保険関連書類の提出窓口が「人事・総務サービスセンター」になっている会社にお勤めの方

人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛

社内メール) 新川崎三井ビル W棟25F

住 所) 〒212-0058

神奈川県川崎市幸区鹿島田1-1-2

新川崎三井ビルディング W棟25F

- (2) 上記以外の会社にお勤めの方

各社人事総務担当部門 宛

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以 上

**記入例**

網掛け部分は必ず記入ください

**出産手当金  
出産手当金付加金 請求書**

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

請求者の記入欄	被保険者証	記号	1110	番号	1234567	氏名	健保 直子				
	出産前・後の別	産前・産後	出産日	令和 2 年 10 月 1 日			出産予定日	令和 2 年 10 月 2 日			
	出産のため休んだ期間	令和 2 年 8 月 21 日～ 令和 2 年 10 月 1 日 42 日間									
	上記により請求いたします。 ただし、給付金の受領は下記事業主に委任します。						〒 999 - 9999				
	令和 3 年 4 月 27 日						住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
	被保険者						氏名 健保 直子				
退の職み者	振込口座先	銀行名	支店名			普通・当座			押印は不要です。		
		口座番号	口座名義人(フリガナ)								
事業所名	富士通(株)			所属	〇△事業部		電話	7129-9999			

医師・助産師証明	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日	
	生産・死産別	生産・死産(妊娠 ヵ月)		出生児数	単胎・多胎( 児)
	上記のとおりであることを証明します。				
	令和 年 月 日	所在地	医院名	医師名	

事業主の証明	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間
	上記期間中の報酬支給実績(期間・金額)	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間 円
		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間 円
	上記のとおりであることを証明します。	
令和 年 月 日	住所	事業主

健保記入欄	産前産後別	産前産後	出産日	令和 年 月 日	出生児数	単胎	多胎( 児)		
	生産死産別	生産死産(妊娠)	受報酬期間	/ ~ / 日間		円			
	支給期間	法定付加	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	健保記入欄です		日間	日間		
	資格喪失日	令和 年 月 日	退職日の勤務状況	有給・休日 産休・出勤	加入期間	1年以上OK 1年未満			
	個人払い		<input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> チェック済	支給額	円				
	【事業所記入欄】								
担当者名									
備考欄									

出産手当金  
出産手当金付加金 請求書

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

請求者の記入欄	被保険者証	記号	番号	氏名			
	出産前・後の別	産前・産後	出産日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日	日
	出産のため休んだ期間		令和 年 月 日～		令和 年 月 日		日間
	上記により請求いたします。 ただし、給付金の受領は下記事業主に委任します。						
	令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名						
	退の職み者	振込口座先	銀行名	支店名	預金種別	普通・当座	
		口座番号	口座名義人名 (カナ)				
事業所名		所属		電話			

医師・助産師証明	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日
	生産・死産別	生産・死産 (妊娠 カ月)	出生児数	単胎・多胎 ( 児)
	上記のとおりであることを証明する。			
		所在地		
		令和 年 月 日 医院名		
		医師名		

事業主の証明	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日～	令和 年 月 日	日間
	上記期間中の報酬支給実績 (期間・金額)	令和 年 月 日～	令和 年 月 日	日間 円
		令和 年 月 日～	令和 年 月 日	日間 円
		令和 年 月 日～	令和 年 月 日	日間 円
上記のとおりであることを証明する。				
令和 年 月 日 住所 事業主				

健保記入欄	産前産後別	産前産後	出産日 出産予定日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	出生児数	単胎 多胎 ( 児)	
	生産死産別	生産死産 (妊娠 カ月)	受報酬期間 金額	/ ~ /	日間 円		
	支給期間	法定付加	令和 年 月 日～	令和 年 月 日	日間 日間		
	資格喪失日		令和 年 月 日	退職日の勤務状況	有給・休日 産休・出勤	加入期間	1年以上OK 1年未満
	個人払い		<input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> チェック済	支給額	円		

【事業所記入欄】

担当者名

---

備考欄