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を受け、下記書類提出先へお送りください。

(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）＋α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２／３
・出産手当金付加金・・・１日につき標準報酬日額の８５%-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末日（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、勤務先事業所人事勤労担当部門へご確認ください。

5. 書類提出先

送付先は下記をご確認ください。
https://kenpo.jp.fujitsu.com/contact_02.html
富士通健康保険組合 HP ＞ ホーム ＞ 書類の提出先(ページ最下段右)

富士通健保　送付先	検索

※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

被保険者　住所　○○○○○○○○○○○○○

氏名　健保　直子

押印は不要です。

退の職み者	振口込座先	銀行名		支店名		普通・当座
		口座番号		口座名義人名（カナ）		
事業所名	富士通（株）	所属	○△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　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。

令和　年

医師名

医師に記入してもらったうえで、
書類提出先にお送りください。

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

事　業　主　の　証　明　欄　で　す

上記のとおりであることを証明する。

令和　年　月　日

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	受報酬期間	/　～　/　日間 円			
支給期間	法定付加	令和　年 令和　年　月　日～令和　年　月　日			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	□入力済 □チェック済	支給額	円			

健　保　記　入　欄　で　す

【事業所記入欄】

担当者名
備考欄

2021.10.1

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	
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	振口込座先	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。

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
	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

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 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　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		□入力済 □チェック済	**支給額**	円		

【事業所記入欄】

担当者名
備考欄

2021.10.1