出産手当金請求書

被保険者記入欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。			
	被保険者証 記号−番号	−	氏 名	
	被保険者住所	〒　　− TEL　(　　)　　−		
	所 属	(ポストNo.　　) TEL　(　　)　　−　　(内線　　)		
	出産年月日	令和　　年　　月　　日	出産予定年月日	令和　　年　　月　　日
	出産のため会社を休んだ期間	令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで		

医師・助産師証明欄	出産年月日	令和　　年　　月　　日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠　　ヶ月)
	出産予定年月日	令和　　年　　月　　日	出生児数	単胎 ・ 多胎(　　)児
	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　所 在 地 施設名称 医師・助産師氏名			

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 上記の期間に有給休暇はありますか。　はい ・ いいえ はいの場合は「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
	上記の期間中の分として支給する報酬額	※有給以外で支給した報酬をご記入ください 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 円
	支給しない場合はその旨	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日	

【注意事項】

1. 医師または助産師の証明を受けてください。
2. 事業主証明を受けて健康保険組合に提出してください。

支給決定欄	支給期間	R　年　月　日から R　年　月　日まで	常務理事	事務長	係
	日数	日			
	支給決定額	円			

受 付 印

2023年9月版　　(ポスト番号 D55　マツダ健康保険組合)

【支給期間】

出産の日（実際の出産が予定日後のときは出産の予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から、出産の日の翌日以後56日目までの範囲内で会社を休んだ期間です。
また、出産の日が出産予定日より遅れた場合は、その日数分も加算されます。
（42日＋α＋56日）

※「**出産のため休んだ期間**」欄には、上記の支給期間の範囲内で実際に会社を休んだ期間を記入してください。（有給休暇、会社の休日（土、日、祝日）を含む。）

【1日当たりの支給額】

支給開始月を含む直近の12ヵ月の平均標準報酬月額を30で割った2/3に相当する額。

【資格喪失後の請求】

被保険者の資格を喪失した日の前日まで引き続き1年以上被保険者（任意継続期間を除く）であった方で、その資格を喪失した際に、出産手当金を受けていたか、受けられる条件を満たしていた場合は、退職後も引き続き決められた期間出産手当金が受けられます。

【死産の場合】

妊娠4ヶ月（85日）以上で出産のために休み給料を受けられない場合であれば、支給の対象となります。

【支給について】

毎月、月末で受付けを締め切り、翌月被保険者の事業所に支給します。
（出産育児一時金請求書の中で、受領を事業所に委任していただいています。）
事業所から保険給付金として支払われます。

【問合わせ先】

マツダ健康保険組合
〒734-0064　広島市南区小磯町1番1号
℡　外線:(082)287-4644　　内線:22860

● 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

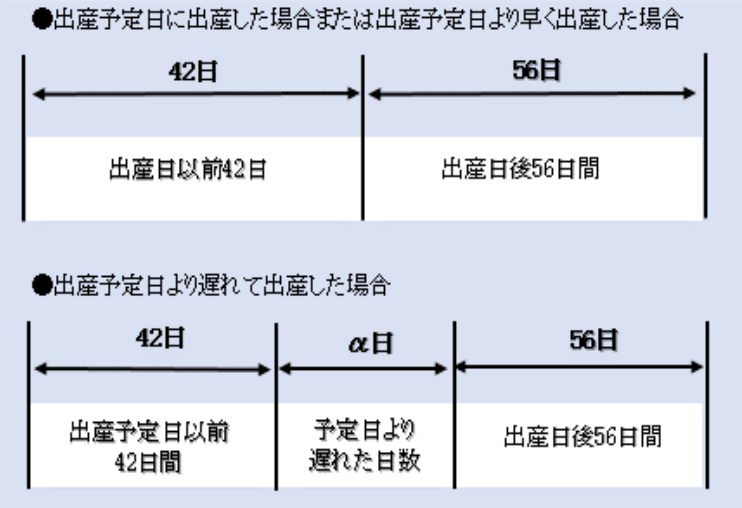
備考欄	

出産手当金請求書

被保険者記入欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名)＿＿＿○○○○○○㈱＿＿＿に委任します。			
	被保険者証 記号-番号	00 － 123456	氏 名	健保 桜子
	被保険者住所	〒 000 － 0000 ○○○○○○○○○○○○○ TEL (000) 000 － 0000		
	所 属	○○○○○(株) (ポストNo. A000) TEL (000) 000 － 0000 (内線 00000)		
	出産年月日	令和 00 年 00 月 00 日	出産予定年月日	令和 00 年 00 月 00 日
	出産のため会社を休んだ期間	令和 00 年 00 月 00 日 から 令和 00 年 00 月 00 日 まで		

医師・助	出産年月日	日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
欄				

産前休業の期間は出産予定日から42日前、産後休業の期間は出産翌日から56日です。
実際に会社を休んだ期間を記入してください。
※**有給休暇**、会社休日(土、日、祝)も含む



【注意事項】
1. 医師または助産師の証明を受けてください。
2. 事業主証明を受けて健康保険組合に提出してください。

支給決定欄	支給期間	R 年 月 日から R 年 月 日まで	常務理事	事務長	係
	日数	日			
	支給決定額	円			

受 付 印

2023年9月版 (ポスト番号 D55 マツダ健康保険組合)