

出産手当金請求書（第 回目）

被
保
険
者
の
記
入
欄

被保険者証の記号番号			被保険者氏名				事業所の名称									
—																
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です)																
出産のため休んだ期間			出産年月日				出産予定年月日									
年 月 日 年 月 日 日間			年 月 日				年 月 日									
請求区分			単胎・多胎妊娠の別				出生児の氏名・続柄									
実出産 ・ 予定出産			単胎 ・ 多胎				(続柄)									
上記により請求する。 年 月 日 被保険者住所 氏名 日本触媒健康保険組合理事長殿 電話番号																

医
師
・
助
産
師
の
証
明
欄

出産年月日		出産予定年月日		医師又は助産師の住所・氏名・印		
年 月 日		年 月 日		左記のとおり相違ありません。 年 月 日		
正常出産または異常出産の別		生産または死産の別		医療機関住所 名称 医師 氏名 助産師		
正常 ・ 異常		生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)				
入院して出産したときはその期間		出産児の数				
自 年 月 日 至 年 月 日 日間		単胎・多胎 (児)				

事
業
主
の
証
明
欄

労務に服さなかった期間		左記のとおり相違ありません。 年 月 日	
自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)		事業主住所 氏名	
報酬を全部または一部支給した場合または支給する場合 自 年 月 日 (日間) 至 年 月 日 円			

組
合
の
記
入
欄

支給開始日および期間		資格取得		標準報酬月額		支給決定		
開始 年 月 日		年 月 日		千円		年 月 日		
自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)		資格喪失		支給決定金額		常務理事	事務長	係
		年 月 日		円				

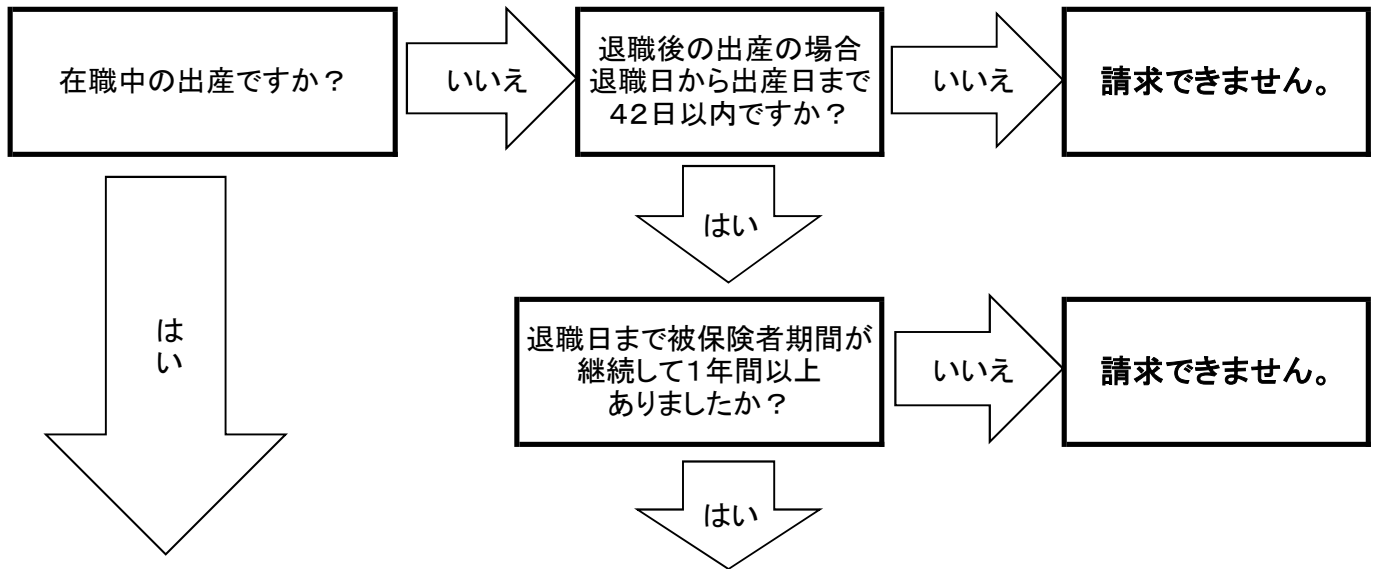
被
保
険
者
・
事
業
主
の
記
入
欄

委任状	
日本触媒健康保険組合より支給される給付金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任いたします。 年 月 日 被保険者住所 氏名 上記委任を受任いたします。 被委任者住所 氏名 日本触媒健康保険組合理事長殿	

受付印

出産手当金を申請される方へ

1.下記の事項をよくお読みになって申請してください。



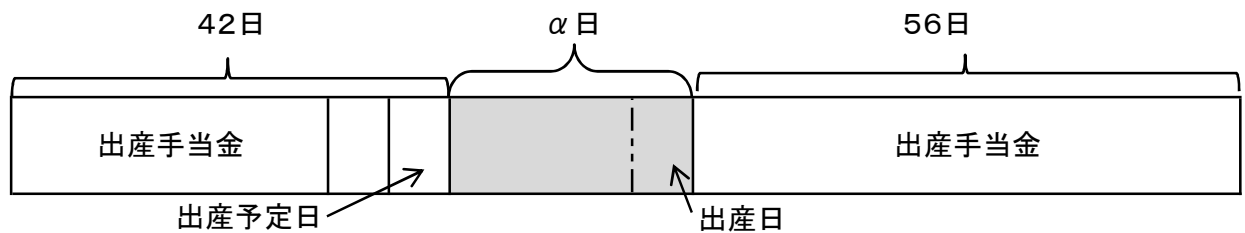
申請手続きをしてください。

- ・在職者の方は請求書を所属の総務人事部門へ提出してください。
- ・任意継続の方は当健康保険組合へ直接提出してください。

2.出産手当金とは

被保険者が出産のため会社を休み、給料の支払いを受けなかった場合は、出産日（出産が予定日より遅れた場合は出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から出産日後56日までの計98日の範囲内で支給されます。

予定日より遅れて出産した場合は、実際に出産した日までの期間も支給されます（出産日は産前に含まれます）。



3.注意事項

- ・請求書の締め切りは毎月25日健保着です。
- ・申請された出産手当金は当組合が受付をした翌月に支給しますが、健康保険法にもとづいた審査等のために日数がかかることがあります。
- ・出産手当金と傷病手当金を同時にうけられるときは出産手当金が優先されます。ただし傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければその差額が支給されます。

支給額、支給期間等についての詳細は健保ホームページをご確認ください。