

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

◎記入するときは、注意事項をご覧ください

被保険者が記入するところ	① 被保険者等 記号・番号		② 事業所	大阪本社・東京本社・退職済		
	③ 出産の日	令和 年 月 日	④ 出産予定日	令和 年 月 日		
	⑤ 出生児の数	単児・多児				
	⑥ 出産のため休んだ期間 (請求期間)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで				
	上記のとおり申請します					
		⑦被保険者の 住所 〒		—		
		氏名				
J A S T 健康保険組合殿		電話 ()		—		
※日中お電話がつながる番号をお書きください。						

医師又は助産師が意見を記入するところ	⑧ 出産年月日 (出産予定年月日欄も必ず記入してください)	令和 年 月 日	⑨ 出産予定年月日	令和 年 月 日	
	⑩ 出生児の数	・単児 ・多児 (児)	⑪ 生産・死産の別	・生産 ・死産 (妊娠第 週または 第 カ月)	
	上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 ⑫ 医療施設の所在地				
医療施設の名称					
医師・助産師氏名					
電話 () —					

◆提出先 在籍者：大阪本社 退職者：J A S T 健康保険組合

◆照会先 J A S T 健康保険組合

〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー28階

TEL：06-4560-1008 E-mail：info@jastkenpo.or.jp

J A S T 健康保険組合(2024.12)

事業主が証明をするところ	⑬ 下記の期間に対する 給与の支払いについて		1.全額支給した		2.一部支給した		3.全額支給する	
			4.一部支給する		5.現在までに、また将来も支給しない			
	⑭ 請求期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	日間	⑮ 給与の 締切日と 支払日	日締 日払			
	⑯ 給与の全部（一部）を支給したとき、又は支給するときその内訳							⑰ 給与の 種類 (○で囲んでください) 日給月給 月給 日給 時間給 その他
	基本給	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分					円	
	固定残業手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分					円	
	住宅手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分					円	
	こども手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分					円	
	通勤手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分					円	
		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分					円	
⑱ 備考								
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 ⑲ 事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名 電話 () —								

被保険者が記入するところ	⑳ 委任状		㉑ 振込先口座											
	上記保険給付金の受領を		公金受取口座 ☐		マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します									
	に委任します。		利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入		銀行 金庫 信組				本店・支店 店・出張所					
	令和 年 月 日		預金 種別		・普通 ・当座		口座 番号							
	被保険者氏名		口座 名義		フリガナ									

（記入するときの注意事項）

被保険者記入欄

- 1) ③出産の日、④出産予定日とも記入してください。
- 2) 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
- 3) ⑭振込先口座に給付金の振込先に指定する口座番号を記入してください。
被保険者以外の方の口座を指定する場合は、⑳委任状と㉑振込先口座ともに記入してください。
事業主経由での振込を希望する場合は、⑳委任状へ事業主に委任する旨を記入し、㉑振込先口座へは記入しないでください。

医師または助産師記入欄

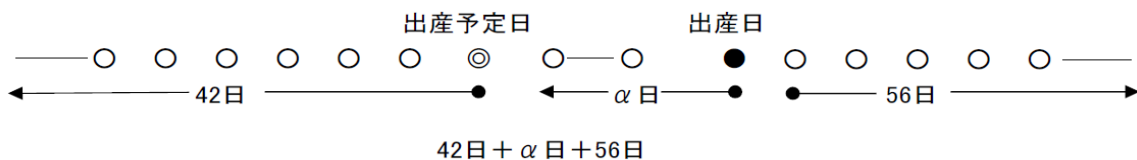
- 1) ⑧出産年月日、⑨出産予定年月日とも記入してください。
- 2) ⑩欄は、該当する文字を○で囲み、多胎の場合は胎児数を記入してください。
- 3) ⑪欄は、該当する文字を○で囲み、死産の場合は妊娠第何週目または第何月目であったかを記入してください。
- 4) 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお押印している場合は上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

事業主記入欄

- 1) ⑬、⑯欄の給与支払状況欄は、将来支給するもの（通勤、家族、役付、住宅手当などの固定的賃金）は、支払日が到来していなくても、記入してください。
- 2) 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお押印している場合は上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

（出産手当金の支給要件、その他の事項）

- ・ 女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだため、給与が受けられない場合に支給されます。
- ・ 支給期間は出産の日以前42日目（多胎妊娠の場合は98日目）から出産の日後56日間までの間で、労務に服さなかった期間が対象となります。
- ・ 出産の当日は出産の日以前の期間に含まれます。
- ・ 出産した日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日を出産の日として期間を計算します。
この場合、出産予定日後から出産した日までの期間も含まれます。



〔傷病手当金との調整〕

出産手当金の支給期間中に傷病手当金の支給要件も満たす場合は、出産手当金が優先し、傷病手当金は支給されません。なお、その期間に傷病手当金がすでに支給済で出産手当金の額より傷病手当金の額が多い場合は、出産手当金の内払いとみなされ、その額だけ出産手当金の額が減額調整されます。また、傷病手当金の額より出産手当金の額が多い場合は傷病手当金との差額が支給されます。