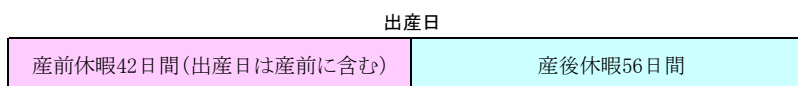


## 出産手当金請求にあたっての注意事項

1. 出産手当金の支給について  
妊娠4か月(85日)以上の被保険者が出産のために仕事を休み、この間報酬を受けることができなかった場合に  
出産手当金を受けることができます。
2. 支給される期間  
産前42日(多胎の場合は98日)と産後56日の98日間(多胎の場合は154日)  
出産予定日より遅い出産の場合は遅れた日数分が産前分にプラスされます。



3. 下記3要件を全て満たしている場合、資格喪失後の継続給付を受けることができます。(付加給付を除く)
  - (1) 資格喪失日の前日(退職日)までに継続して1年以上の社会保険加入期間がある。
  - (2) 退職日に出産手当金を受けているか、受ける要件を満たしている。
  - (3) 退職日に会社していない。
4. 出産手当金請求書(以下請求書)の流れは以下の通りです。  
被保険者(※) ⇒ 会社(雇用事業主) ⇒ 当健保  
**※出産日以後でないと、出産手当金請求書を会社に提出することはできません。**
5. 請求書内容審査について  
事業主から毎月20日(20日が土日祝の場合は翌営業日)までに提出いただいた  
請求書類については、内容審査のうえ当月末に支給決定を行います(不備分をのぞく)。
6. 給付金振込日について  
在籍者について  
⇒各事業主にご確認ください。  
退職者について  
⇒上記5.にて支給決定されたものについては、決定月の翌月20日(20日が土日祝の場合は  
前営業日)にお振込みいたします。
7. お問い合わせ先  
KDDI健康保険組合 給付担当  
TEL:03-5212-33 (音声ガイダンス「2番」または「3番」)

# 健康保険 出産手当金請求書

被保険者(請求者)記入欄

事業主(会社)記入欄

医師・助産師記入欄

提出先 雇用事業主

※黒のボールペン(消えるインク不可)を使用し漏れのないようご記入ください。訂正する場合は被保険者の印鑑を訂正印としてお使いください。

被保険者記入欄	① 記号・番号	記号	番号	枝番の記入は必要ありません
	② 被保険者氏名	フリガナ		③ 生年月日 昭和・平成 年 月 日
		自署の場合は押印不要		
	④ 現住所	〒 — —		
	⑤ 電話番号	— —		
	⑥ 出産予定日	令和 年 月 日	⑦ 出産日	令和 年 月 日
	⑧ 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		
	⑨ 上記の期間の部分の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	はい ・ いいえ		
	⑩ 「はい」と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 報酬額		
		令和 年 月 日 まで 円 不明の場合は記入不要		
	⑪ 口座情報 ※退職者記入	退職者(予定者含む)の場合はKDDI健康保険組合からご指定の口座に振込いたします。 ご記入いただいた口座の通帳もしくはキャッシュカードの写しを必ず添付してください。		
銀行 金庫 信組		本店 支店 出張所		
・普通 ・当座 ・別段		口座番号		口座名義人(カタカナ)
⑫ 委任状 ※在職者記入	本請求に基づく給付金に関する受領を下記⑬の代理人に委任します。			
	氏名	令和 年 月 日		住所 現住所と同じ

事業主記入欄	⑬ 代理人 (事業主)	住所 事業所名 事業主氏名 電話番号
	⑭ 支払い方法	給与払い ・ 個人払い
報酬に関する事業主の証明、請求期間の出勤簿および賃金台帳の写しを添付してください。 ※請求期間の報酬にかかる控除や通勤手当が発生している月の賃金台帳も必要です。		

医師・助産師記入欄	⑮ 出産者氏名			
	⑯ 出産予定日	令和 年 月 日	⑰ 出産日	令和 年 月 日
	⑱ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	⑲ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠日数 日)
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和 年 月 日 受付日			
医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電話番号				