

出産手当金の支給要件等

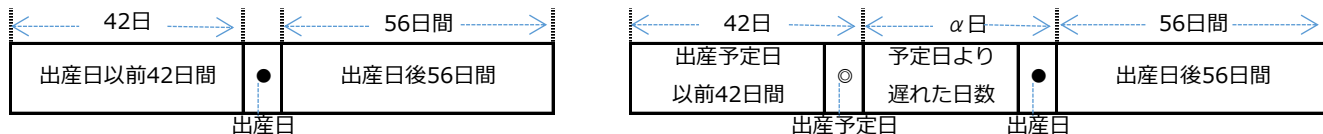
■ 支給を受けられる条件

被保険者（社員）が出産のために仕事を休み、給与を受けられない場合は、被保険者からの請求にもとづき、出産手当金が支給されます。

■ 支給期間と支給額

1. 支給期間

出産手当金は出産の日（出産が出産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日までの期間で支給要件を満たした期間について支給されます。なお、出産日は出産の日以前の期間に含まれます。また、出産が出産予定日より遅れた場合はその（下図α日）期間を含めて支給されます。



2. 支給額

出産手当金（法定）の支給は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額です。村田製作所健康保険組合の被保険者の場合、法定の支給額に付加金として標準報酬日額の10%に相当する額（1円未満四捨五入）が加算されます。

- 事業主から期間中に報酬（諸手当）が受給できる場合は、出産手当金の日額から諸手当の日額相当額（1ヶ月分の手当÷30）が差し引かれて支払われます。
- 傷病手当金が同時に受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その期間、傷病手当金は支給されません。ただし、この場合において、傷病手当金が支給されてしまった場合は、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調整されます。

3. 支給方法

出産手当金は、給与支給日に合わせて給与口座に振込みします。※給与明細の健保付加金欄で金額をご確認いただけます。

提出手順

1. 『被保険者記入欄』を記入する。
2. 『医師又は助産師証明欄』に医師又は助産師の証明を受ける。
3. 提出する。（提出先：MMC 本社 A122 出産手当金担当）
（郵便の場合：〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1 株式会社村田製作所人事部HRサービス課 出産手当金担当）

出産手当金及び出産手当金付加金請求書記入例

記入例 出産手当金及び出産手当金付加金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	1 被保険者証 記号・番号	1 番号	23456	所属事業所	2 岡山村田製作所	氏名コード	0M00000
	3 資格取得 年月日	2018年10月1日		4 出産手当金の申請について		<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請	
	出産予定年月日	2019年5月10日		予定			
	出産年月日	2019年5月15日		出産			
5 出産のために休んだ期間	2019年3月31日から2019年7月10日まで 103日間						
6 上記のとおり請求します。在職中は、本組合を代理人と定め給付金の受領を委任します。 2019年7月20日 村田製作所健康保険組合理事長殿							
被保険者 (請求者)	住所 〒○○○-○○○○ ○○市○○xxx-xx		氏名	健康 花子	TEL	xxx (xxx) xxxxx	

1 保険証の上部に表示された記号・番号を記入してください。

2 所属している事業所名を記入してください。

3 保険証に表示された資格取得年月日を記入してください。

4 『出産前』か『出産後』のいずれかを選択してください。

5 出産のため、仕事につかなかった期間とその日数（会社休日・有休を含む）を記入してください。

6 申請年月日を記入し、請求者に被保険者の住所・氏名等を記入してください。

7 『医師又は助産師証明欄』に医師又は助産師の証明をもらってください。

7 医 師 又 は 助 産 師 証 明 欄	出生した人の氏名	健康 花子		出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)		
	生産 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠第 週)		正常分娩 異常分娩の別	<input checked="" type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 異常分娩		
	出産予定年月日	2019年5月10日		予定	出産年月日	2019年5月15日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 2019年4月5日						
医療機関	住所 〒○○○-○○○○ ○○市○○xxx-xx		医師 または 助産師	保険 一郎	TEL	xxx (xxx) xxxxx	