

出産手当金の支給要件等

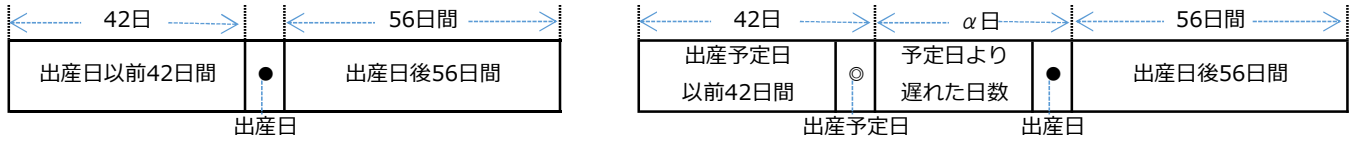
■ 支給を受けられる条件

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）が差し引かれて支給されます。
- 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 A22 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	23456	2 所属事業所 ○○村田製作所	氏名コード	xx0000
	3 資格取得 年月日	R3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	R3年5月10日	予定		
	出産年月日	R3年5月15日	出産		
	5 出産のために休んだ期間	R3年3月30日から R3年7月10日まで 103日間			
	上記のとおり請求します。右欄中は、本請会社が代理人と定め給付金の受領を受任します。				
		R3年7月20日 村田製作所健康保険組合理事長殿			
	被保険者住所	○○市○○-○○○			
	(請求者)	○○市○○-xxx-xx			
	氏名	健康 花子 TEL xxx (xxx) xxxxx			

医 師 又 は 助 産 師 証 明 欄	7 出産した人の氏名	健康 花子	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎（児）	
	産生の別	<input checked="" type="checkbox"/> 産生	<input type="checkbox"/> 死産（妊娠第 週）	正常分娩の別	<input checked="" type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 異常分娩
	出産予定年月日	R3年5月10日	予定	出産年月日	R3年5月15日	予定
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
		R3年7月20日				
	医療機関住所	○○市○○-○○○ ○○病院				
	担当医師 または 助産師	保険 一郎 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。