

出産手当金請求書 その①

●下欄の注意点や別紙記入例を参照のうえ記入してください。

受付番号

| | | | | | |
|---|---|---|--------------------------|---|---|
| A 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | (1)被保険者証の 記号と番号 | 記号 | 205 | 番号 | 777 |
| | (2)被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日 | 氏名 | 積水 花子 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 4月 15日 |
| | (3)事業所の名称 | 〇〇〇株式会社 | | | |
| | (4)被保険者 (請求者)の 住所・連絡先 | 住所 | 〒 532 - 〇〇〇〇 大阪市〇〇区△-△-△ | | |
| | | 連絡先 | 電話番号 | 06 (****) | **** |
| | (5)出産予定日と 実出産日 | 出産予定日 | 令和 ○年 8月 3日 | | |
| | | 実出産日 | 令和 ○年 8月 10日 | | |
| | (6)単胎または 多胎出産の別 ※該当する方に☑ | <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児) | (7)生産又は死産の別 ※該当する方に☑ | <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヶ月) | |
| | (8)出産手当金 対象期間 ※必ず98日間以上にな ります。 | 令和 ○年 6月 23日 ~ 令和 ○年 10月 5日 | 合計 | 105 | 日間 |
| | 但し、上記のうち下記は出産日のため除く (6/23 ~ 6/28、7/4) | 合計 | 7 | 日間 | |
| (9)(8)欄の期間中の 報酬の有無 ※出勤日分は除く ※該当する方に☑ | <input type="checkbox"/> 報酬なし <input checked="" type="checkbox"/> 報酬あり ➡ 報酬ありの場合、報酬の内容は事業主証明(出産手当金請求書 その②(18))に記載されているとおりですか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。 | | | | |

【A欄の記入にあたっての注意点】

- * 下記【(8)欄の出産手当金対象期間について】を参照のうえ出産手当金請求対象期間を算出し、(8)を記入してください。
- * 出産手当金請求対象期間内に出勤していた日、及び報酬の支払いがあった日を確認し、各期間と報酬について(8)(9)にそれぞれ記入してください。
- * 訂正する場合は訂正箇所を二重線で消し、正しい内容を記入のうえ、欄外に「○箇所訂正、被保険者(請求者)のフルネーム」を記入してください。

【(8)欄の出産手当金対象期間について】・・・必ず98日間以上となります。

- ※ 予定日どおりに出産した場合 } 対象期間開始 ⇒ 出産日から遡って42日前(多胎の場合は98日前)
- 及び予定日より早く出産した場合 } 対象期間終了 ⇒ 出産日の翌日から56日後
- ※ 予定日より遅く出産した場合 } 対象期間開始 ⇒ 出産予定日から遡って42日前(多胎の場合は98日前)
- 対象期間終了 ⇒ 出産日の翌日から56日後

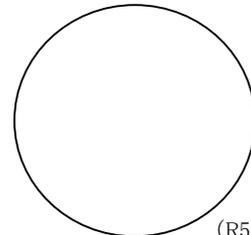
| | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| B 医 師 ま た は 助 産 師 が と こ ろ | (10)出産予定日と 実出産日 | 出産予定日 | 令和 ○年 8月 3日 | (11)出生児の数 | 単胎・多胎(児) |
| | | 実出産日 | 令和 ○年 8月 10日 | (12)生産又は死産の別 | 生産・死産(妊娠 ヶ月) |
| | (13)上記のとおり相違ないことを証明します。 | 令和 ○年 8月 15日 | | | |
| | 医療機関所在地 | 〒 541 - 〇〇〇〇 大阪市〇〇区△-△-△ | | | |
| | 医療機関名称 | 森田産婦人科 | | | |
| | 医師・助産師氏名 | 森田 ○ ○ | | | |
| | 電話番号 | 06 (****) | **** | | |

【B欄の証明にあたっての注意点】

- * 訂正する場合は訂正箇所を二重線で消し、正しい内容を記入のうえ、欄外に「○箇所訂正、医師または助産師のフルネーム」を記入してください。
- 医師又は助産師以外の医療機関担当者が訂正する場合は、「○箇所訂正、訂正者の部署名、訂正者のフルネーム」を記入してください。

| | |
|-----|--|
| 備考欄 | 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。 |
| | (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) |

受付年月日



出産手当金請求書 その②

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------|---------------------------|------------|---------------------------|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| (14) 被保険者証の記号と番号 | 記号 205 | | (15) 被保険者の氏名 | 積水 花子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 番号 777 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (16) 出産手当金対象期間 ※(8)欄と同じ | 令和 ○ 年 6 月 23 日 ~ 令和 ○ 年 10 月 5 日 合計 105 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 産前 | 42 日間 | 令和 ○ 年 6 月 23 日 ~ 令和 ○ 年 8 月 3 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 延長 | 7 日間 | 令和 ○ 年 8 月 4 日 ~ 令和 ○ 年 8 月 10 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 産後 | 56 日間 | 令和 ○ 年 8 月 11 日 ~ 令和 ○ 年 10 月 5 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (17) (16)の期間の勤務状況 ※(16)欄と同じ | 勤務状況 【出勤は○】 【欠勤(報酬あり)は△】 【欠勤(報酬なし)は-】 でそれぞれ表示してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | ○年6月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | △ |
| | ○年7月 | △ | △ | △ | ○ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | ○年8月 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | ○年9月 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | ○年10月 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 日数内訳 | - (報酬なし) | | 93 日 | | ○ (出勤) | | 7 日 | | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | △ (報酬あり) | | 5 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (18) (16)の期間に支払った報酬内訳 ※(17)欄の【○】出勤は除く | 令和 ○ 年 6 月 29 日 ~ 令和 ○ 年 6 月 30 日 | 2 日間 | 22,134 円 | 令和 ○ 年 7 月 1 日 ~ 令和 ○ 年 7 月 3 日 | 3 日間 | 32,133 円 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | 日間 | 円 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | 日間 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (19) (17)欄の【△】報酬ありについて、支給状況 ※【○】出勤は除く | 区分 | 期間 | 単価 | 6 / 29 ~ 6 / 30 | 7 / 1 ~ 7 / 3 | 支給額 | 支給額 | 支給額 | 支給額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基本給 | | 300,000 円 | 20,000 円 | 29,034 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通勤手当 | | 12,000 円 | 800 円 | 1,161 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 役職手当 | | 20,000 円 | 1,334 円 | 1,938 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 計 | | 332,000 円 | 22,134 円 | 32,133 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (20) (19)欄の支給額の計算方法 ※欠勤控除の計算方法等 | 6/29~6/30 | | 7/1~3 | | 基本給 | | 300,000 ÷ 30 × 2 = 20,000 | | 300,000 ÷ 31 × 3 = 29,034 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通勤手当 | | 12,000 ÷ 30 × 2 = 800 | | 通勤手当 | | 12,000 ÷ 31 × 3 = 1,161 | | 12,000 ÷ 31 × 3 = 1,161 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 役職手当 | | 20,000 ÷ 30 × 2 = 1,334 | | 役職手当 | | 20,000 ÷ 31 × 3 = 1,938 | | 20,000 ÷ 31 × 3 = 1,938 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基本給・役職手当：小数点以下切り上げ、通勤手当：小数点以下切り捨て | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (21) 上記のとおり相違ないことを証明します。 | 〒 530 - ○○○○ | | 令和 ○ 年 10 月 8 日 | | ※証明は産後56日経過後にお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主 | 所在地 | 大阪市 ○○区 □-□-□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| または | 名称 | ○○○株式会社 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主代理人 | 氏名 | 代表取締役 ○○次郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 06 (****) **** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【C欄の証明にあたっての注意点】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 事業主は下記【(16)欄の出産手当金対象期間について】を参照のうえ出産手当金請求対象期間を算出し、(16)を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * (16)の期間内に出勤していた日、及び報酬の支払いがあった日を確認のうえ、その期間と報酬の内訳、報酬の計算方法を(17)(18)(19)(20)に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 訂正する場合は訂正箇所を二重線で消し、正しい内容を記入のうえ、欄外に「○箇所訂正、訂正者の部署名、訂正者のフルネーム」を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【(16)欄の出産手当金対象期間について】・・・必ず98日間以上となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 予定日どおりに出産した場合 } 対象期間開始 ⇒ 出産日から遡って42日前 (多胎の場合は98日前) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 及び予定日より早く出産した場合 } 対象期間終了 ⇒ 出産日の翌日から56日後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 予定日より遅く出産した場合 } 対象期間開始 ⇒ 出産予定日から遡って42日前 (多胎の場合は98日前) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象期間終了 ⇒ 出産日の翌日から56日後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |