

出産手当金請求書 その①

受付番号

●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。

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	番号		
	(2)被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	(3)事業所の名称				
	(4)被保険者 (請求者)の 住所・連絡先	住所	〒 _____		
		連絡先	電話番号	(_____)	
	(5)出産予定日と 実出産日	出産予定日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
		実出産日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	(6)単胎または 多胎出産の別 ※該当する方に☑	<input type="checkbox"/> 単胎	(7)生産又は死産の別 ※該当する方に☑	<input type="checkbox"/> 生産	合計 _____ 日間
		<input type="checkbox"/> 多胎 (_____ 児)		<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 なります。	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			合計 _____ 日間	
	但し、上記のうち下記は出勤日のため除く (_____)			合計 _____ 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	↳ 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 <input 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。			
	<input type="checkbox"/> 報酬あり				

【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

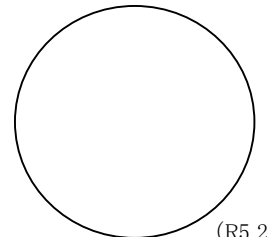
B 医 師 ま た は 助 産 師 が と こ ろ	(10)出産予定日と 実出産日	出産予定日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(11)出生児の数	単胎 ・ 多胎 (_____ 児)
		実出産日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(12)生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 _____ ヶ月)
	(13)上記のとおり相違ないことを証明します。	〒 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師・助産師氏名 電話番号 (_____)			

【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。

受付年月日

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。)



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		(15) 被保険者の氏名																														
	番号																																
(16) 出産手当金対象期間 ※(8)欄と同じ	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 合計 日間																																
	産前	日間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																														
	延長	日間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																														
	産後	56 日間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 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 月																																
	年 月																																
	年 月																																
	年 月																																
日数内訳	- (報酬なし)		日		○ (出勤)		日		備考																								
	△ (報酬あり)		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 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	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																														
	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	支給額	支給額	支給額	支給額																										
	基本給		円	円	円	円	円																										
	通勤手当		円	円	円	円	円																										
			円	円	円	円	円																										
			円	円	円	円	円																										
	計		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																																	
(21) 上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日 ※証明は産後56日経過後にお願いします。																													
事業主 または 事業主代理人	所在地 名称 氏名 電話番号 ()																																
【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																																	