

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)被保険者等 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勤日のため除く (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「〇箇所訂正、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

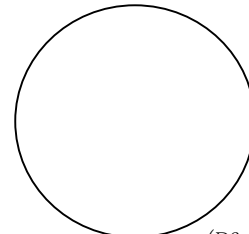
B 医 師 ま た は 助 産 師 が 記 入 す る と こ ろ	(10)出産予定日と 実出産日	出産予定日	令和 ○年 8月 3日	(11)出生児の数	単胎 (児)
		実出産日	令和 ○年 8月 10日	(12)生産又は死産の別	生産 (妊娠 ヶ月)
	(13)上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 ○年 8月 15日			
		〒 541 - 〇〇〇〇	大阪市〇〇区△-△-△		
	医療機関所在地	森田産婦人科			
	医療機関名称	森田 ○ ○			
	医師・助産師氏名	06 (****) ****			
	電話番号				

【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「〇箇所訂正、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、「〇箇所訂正、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。
-----	---

受付年月日



出産手当金請求書 その②

(14) 被保険者等 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	32,130	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	29,033	円																								
	通勤手当		12,000	円	800	円	1,161	円																								
	役職手当		20,000	円	1,334	円	1,936	円																								
				円		円		円																								
	計		332,000	円	22,134	円	32,130	円																								
(20) (19)欄の支給額 の計算方法 ※欠勤除算の計算 方法等	6/29~6/30		7/1~7/3																													
	基本給	$300,000 \div 30 \times 2 = 20,000$		$300,000 \div 31 \times 3 = 29,033$																												
通勤手当	$12,000 \div 30 \times 2 = 800$		$12,000 \div 31 \times 3 = 1,161$																													
役職手当	$20,000 \div 30 \times 2 = 1,334$		$20,000 \div 31 \times 3 = 1,936$																													
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																													