

出産手当金請求書 ①/③

請求者の記入するところ	被保険者証の 記号・番号	記号 ××	番号 ××××	事業所名 (会社名)	××××株式会社				
	被保険者の 氏名	(フリガナ) クミアイ ヨシコ 組合 良子			生年 月日	昭和 平成 令和	年 ×	月 ×	日 ×
	被保険者の 現住所	〒 ×××-××××			東京都×××× ×-×-×			TEL ××××-××-××××	
	被保険者の 資格を取得 した日	昭和 平成 令和	年 ×	月 ×	日 ×	退職日または 退職予定日	令和	年	月
	分娩のために 休んだ期間(※1) (請求期間)	平成 令和 平成 令和	××	年	8	月	24	日	から
			××	年	11	月	29	日	まで
	98	日間							
上記請求期間に 報酬を受けましたか。 または今後受けられますか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた/今後受ける			<input type="checkbox"/> 受けていない/今後受けない					
被保険者 振込先口座	金融 機関名	×××銀行			支店名	豊洲支店			
被保険者以外への支 給には、「給付金受領 委任状」が必要です	口座 番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	NO. ×××××××	フリガナ 名義	クミアイ ヨシコ 組合 良子				

(※1)分娩のために休んだ期間(請求期間)には、分娩日(分娩日が分娩予定日より遅れた場合は、予定日)以前42日(多胎妊娠は98日)目から分娩日後56日目までの間で休業し、給与が無給あるいは減額になった期間(当該期間が退職後の場合も含む)を記入してください。

上記のとおり申請いたします

提出日 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

備考欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健保記入欄	支給期間						資格取得日～喪失日前日		
	年 月 日 ~			年 月 日			日間		年 月 日から
	支給開始日以前12ヶ月間			標準報酬額	対象月数	総報酬額	年 月 日まで		
	年 月 ~	年 月		千円 ×	ヶ月 =	千円	前回までの支給期間		
	年 月 ~	年 月		千円 ×	ヶ月 =	千円	年 月 日から		
	年 月 ~	年 月		千円 ×	ヶ月 =	千円	年 月 日まで		
	年総額	平均報酬月額	平均報酬日額	支給日額			支給決定日		
	千円 ÷ 12ヶ月 =	円 ÷ 30日 =	円 × 2/3 =	円			年 月 日		
	出産手当金	円 ×		日間 =		円	受付印		
	報酬							円	
支給額							円		

出産手当金請求書 ②/③

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の支払状況等をご記入ください。

記号・番号	××	××××									
被保険者名	組合 良子										
労務に服さなかった期間	平成 令和	××	年	8	月	24	日から	98	日間		
	平成 令和	××	年	11	月	29	日まで				
上記期間に対し、給与を支給しました(します)か？	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	月給			給与の支給について				
				日給	時間給	締日	末	日	支給日	当月 翌月	25
支給した(する)賃金内訳	給与項目		期間				支給額				
	基本給		8/1~8/31				180,000円				
	確定拠出前払		8/1~11/30				1,860円×4ヶ月				
	通勤手当		4/1~9/30				80,000円				
	通勤手当		8月23日解約(8月24日~9月30日分)				▲10,000円				
賃金(欠勤控除等)計算方法をご記入ください	<p>基本給(8月分): ¥210,000(基本給) ÷ 21日 × 18日(出勤・有休日数)</p> <p>例) 欠勤控除 = 基本給 ÷ 155 × (欠勤日数 × 7.66) ÷ 2</p>										
上記のとおり相違ないことを証明します	<p>ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。</p> <p>令和 ××年 ××月 ××日</p>										
事業主 住所	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; width: 40%; margin: 0 auto; padding: 10px;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">事業所印</p> </div>										
氏名											

事業主が証明するところ

● 労務に服さなかった期間の給与明細及び勤怠を添付ください。

出産手当金請求書 ③/③

医師または助産師が意見をかくところ

分娩者の氏名	組合 良子		
分娩年月日	平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	分娩予定年月日	平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日
出生時の数	単胎・多胎 (児)	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)
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	住所	担当医師印	
	名称		
医師	氏名		

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。