

出産手当金請求書

第 回目

出産のため休んだ期間は、必ず記入してください。
 出産の日後を含む期間の請求は、出産後五六日経過してから提出してください。

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名(または勤務していた事業所名)		
	資格取得日	昭和・平成	年	月	日	
	資格喪失日	平成	年	月	日	
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ 氏 _____ 名 _____				印
	被保険者の 現住所				郵便番号	
					自宅電話	
	出産予定日	平成			年	月 日
	出産した日	平成			年	月 日
	胎児数	生産児数	人	・	死産児数	人
	出産のため 休んだ期間(請求期間)	平成	年	月	日から	日間
	平成	年	月	日まで		
の期間で	ア 受けた	平成	年	月	日から	の分として 円 「 月 日支払・予定」
事業所から	イ 受けられる	平成	年	月	日まで	
報酬を	ウ 受けない・受けられる					

の印は同一印をご使用下さい。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	被保険者(請求者)氏名				印
代理人の	住 所				
	氏 名				印

受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい。

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード		支店コード	
	銀行 金庫			本店 支店
	口座番号	普通・当座		
	口座名義 (カタカナ)			

受付日付印

事業主が証明するところ	期間	平成	年	月	日から	賃金	日締																									
		平成	年	月	日まで	支払日	日払																									
	上記期間について詳細にご記入ください(出勤は で、有給は で、公休は公で、欠勤は / でご記入ください)																															
	月	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
	月	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
月	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	
月	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	
欠勤控除の有無	有	算出方法を記入	欠勤控除の算出方法	控除額	円	=	(基本給・通勤手当・役職手当)	基礎日数	÷	日	×	欠勤日数	日																			
うえのとおり相違ないことを証明します。														平成	年	月	日															
事業所所在地																																
事業所名																																
事業主名																																
電話														()	番														

在職中にかかる請求期間がある場合はその期間にかかわる出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。

医師・助産師が意見をかくところ	出産予定日	平成	年	月	日	
	出産日	平成	年	月	日	
	出生児数	単胎	生産			
		多胎 (児)	死産	(妊娠または	ヶ月週)	
	平成	年	月	日	〒	
医療機関所在地						
医療機関名						
医師						
氏名						
助産師						
電話番号 ()						

出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだことにより賃金がうけられない場合に請求(支給)ができます。

「出産のため休んだ期間 = 産前産後の休業期間」は

出産の日(出産の日が出産予定日 後 であるときは、出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は、98日)から、出産の日後56日までの期間を限度として支給されます。なお、出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。

出産のため休んだ期間の計算は、両端をいれて間違いなく計算してください。

(例)6月3日から6月9日までは、7日間となります。

退職日以前にかかる請求日がある場合は、事業主証明を受けてから請求してください。