

【1105】 出産手当金・付加金 請求書

ポイント

- ・「無給」に対しての休業給付になります。
※その他（住宅手当等）の報酬がある場合、調整が必要になることがあります。
- ・資格喪失後でも、被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失時に出産手当金支給の要件を満たしていれば、引き続き出産手当金は支給されます。（付加金は支給されません。）
- ・提出先は、会社の事務担当となります。（被保険者の退職後および任意継続になられた方は、直接 JR 健保へ送付してください。）
※事業主を経由せず JR 健保に直送する場合は、備考を読んで該当する箇所を二重抹線してください。

記入内容

1 / 2

- (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
- (3) 資格取得日を記入（平成9年4月1日以前の方は、平成9年4月1日）
- (4) 資格喪失日を記入（退職の場合は、退職日の翌日を記入）
- (5) 分娩予定日を記入（医療機関証明欄の分娩予定日を確認）
- (6) 単胎は「0」、多胎は「1」を記入（医療機関証明欄の分娩内容を確認）
- (7) 分娩日を記入（分娩前であれば、未記入で構いません。）
- (8) 請求期間を記入（請求月において、請求する初日から最終日までを記入し、請求日数を記入）
- (9) 労務に就かなかつた期間を記入（出産手当金支給開始日から請求月の最終請求日までを記入）

例：4月請求分（「各月」単位で記入）

出産手当金支給開始日 平成29年2月1日

請求期間 平成29年4月1日から平成29年4月30日

↓

労務に就かなかつた期間 平成29年2月1日から平成29年4月30日

- ・請求の内訳欄は、記入不要
- ・請求書の提出日、勤務箇所（任意継続の方は未記入）、氏名（被保険者が自署の場合は、押印は不要）、押印（ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要）、電話（自宅・携帯）は、問い合わせができるように記入

2 / 2

- ・事業主証明欄は、事業主で記入していただき、押印が必要（任意継続の方は記入不要）
- ・医療機関証明欄は、医療機関で記入していただき、医師の押印が必要

出産手当金・付加金 請求書

- 注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
- 注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
- 注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

令和元年5月改訂版 1/2

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号

0000 00000000

(3)資格取得日(平成9. 4. 1以前は平成9. 4. 1) (4)資格喪失日

平成00年 00月 00日 年 月 日

(5)分娩予定日 (6)単胎、多胎 (7)分娩日

9 00000000 0 0:単胎 9 00000000
 1:多胎 7:平成9:令和 年 月 日 7:平成9:令和 年 月 日

(8)請求期間

9 00000000 から 9 00000000 まで 00 日間
 7:平成9:令和 年 月 日 7:平成9:令和 年 月 日

(9)労務につかなかった期間(請求開始日から請求末日)

9 00000000 から 9 00000000 まで
 7:平成9:令和 年 月 日 7:平成9:令和 年 月 日

請求の内訳	出産手当金 (A)	標準報酬日額(当月) 割合 請求日数	請求金額
	出産手当金 付加金(B)	標準報酬日額(当月) 割合 請求日数	
		$(9,330) \times \frac{2}{3} \times 31 = 192,820$ 円	<input type="checkbox"/> 基本はA+B <input type="checkbox"/> C欄に記入額があるときは A+B-C 225184 円
		$(9,330) \times \frac{11}{60} \times 31 = 53,010$ 円	

上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。 令和00年00月00日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿 勤務箇所 0000

氏名 健保 花子 印 印 *

* 被保険者等が自ら記入する場合は押印は省略可 電話(自宅・携帯) 000-0000-0000

事業所使用欄	箇所長	印	電話	000-0000	健保担当課	印	事業主整理番号	0000
--------	-----	---	----	----------	-------	---	---------	------

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に請求する場合は「上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。」のように、「事業主を経由して」の部分に二重線で抹線して提出してください。その場合についても各証明欄に証明を受けてください。

出産手当金・付加金 請求書
事業主の証明及び医療機関の証明

事業主の証明欄	前月分出務表の写し (初回のみ記入)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		特休	公休	分娩	分娩	分娩	分娩	分娩	特休	公休	分娩	分娩	分娩	分娩	分娩	特休	公休
	令和00年 00 月分 出務表の写し	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		特休	分娩	分娩	分娩	分娩	特休	公休	分娩	分娩	分娩	分娩	分娩	特休	公休	分娩	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		分娩	分娩	分娩	分娩	特休	公休	分娩	分娩	分娩	分娩	分娩	特休	公休	分娩	分娩	分娩
	上記請求期間中に 報酬等の支払いが あったとき(C)	月額(20,000)円÷30=日額(666)円(小数以下切り捨て) 日額(666)円×請求日数(31)日=報酬控除額(20,646)円 ※各()内に記載 ※報酬支払がない場合は「月額()円」に「0円」のみ記載															
	令和00年 00月 00日																
	給与事務担当者 氏名	○○ ○○					Ⓜ	電話		000-0000-0000							
	上記のとおり相違ないことを証明する。	所在地					○○県○○市○○区○○○										
	令和00年 00 月 00 日	名称					○○株式会社										
		事業主名					○○ ○○ ○○										



医療機関の証明欄	対象者氏名	健保 花子	分娩者生年月日	令和 00 年 00 月 00 日
	分娩予定日	令和00年 00 月 00 日	分娩日	令和00年 00 月 00 日
	分娩の内容	(単胎) ・ 多胎(児)		(生産) ・ 死産(妊娠 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。		
	令和00年 00 月 00 日			
	所在地	○○県○○市○○区○○○		
	名称	○○産婦人科医院		
	電話	000-0000-0000	医師名	○○ ○○

