

《 記入例は 2・3 枚目を参照 》

## 【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、会社の事務担当箇所経由で健保事務センターに提出してください。（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。）

### 記入内容

1 / 2

- (1)・(2) は、被保険者等記号・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) 分娩予定日の年月日を記入（医療機関の証明欄の分娩予定日を確認）
- (6) 単胎は「0」、多胎は「1」を記入（医療機関の証明欄の分娩の内容を確認）
- (7) 分娩日を記入
- (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申請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 令和 3 年 2 月 1 日

申請期間 令和 3 年 4 月 1 日から令和 3 年 4 月 30 日

↓

労務に就かなかつた期間 令和 3 年 2 月 1 日から令和 3 年 4 月 30 日

- ・請求の内容欄は、記入不要。（会社の事務担当者などが記入します。）
- ・請求書の提出日、勤務箇所（任意継続の方は未記入）、氏名、電話番号（自宅・携帯）は、問い合わせができるように記入

2 / 2

- ・事業主の証明欄は、事業主で記入
- ・医療機関の証明欄は、医療機関で記入を依頼してください。

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。

(1)被保険者等記号 (2)被保険者等番号

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)	算定平均標準報酬額(日額) 割合 請求日数 (9,330) × $\frac{2}{3}$ × 31 = 192,820円	請求金額 □基本はA+B □C欄に記入額があるときは A+B-C 225184 円
	出産手当金 付加金(B)	算定平均標準報酬額(日額) 割合 請求日数 (9,330) × $\frac{11}{60}$ × 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

電話(自宅・携帯) 000-0000-0000

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

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															
	給与事務担当者 氏名	令和00年 00月 00日															
		○○ ○○ 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	平成 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	○○ ○○