

出産手当金請求書

1 2 3

被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不用です。
被保険者の印はすべて同一の印で捺印ください。
給付金の受領方は原則として事業所振込となっておりますので、「委任欄」に署名・捺印をお願い致します。

| | | | | |
|--------|------|-----|------|---------------------|
| 被保険者情報 | 記号 | | 番号 | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| | 自宅住所 | 〒 - | | 電話番号(日中の連絡先) () |
| | 事業所名 | | | |

| | | | | |
|------|--|---|-------------|----------|
| 申請内容 | 出産日 | 令和 年 月 日 | 出産予定日 | 令和 年 月 日 |
| | 出産の為 休んだ期間 (請求期間) | 令和 年 月 日 から | | 日間 |
| | 請求期間の 算出方法 | 請求期間は出産の為会社を休んで、その間給与がもらえない(または減額された)期間で、「開始」出産日以前42日(産前休業開始)から「終了」出産日の翌日から56日(産後休業終了)の98日間が基準となります。 ただし、出産日が予定日より遅れた場合は、その遅れた日数分請求期間が増えます。 また、多胎妊娠の場合は「開始」が出産日以前98日～となります。 | | |
| 報酬等 | 上記の出産の為休んだ期間(申請期間)に、報酬を受けましたか。 または、今後受けられますか。 | | はい ・ いいえ | |
| | 「はい」と答えた場合、その報酬額と、その報酬支払の 基礎となった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 年 月 日 から | 令和 年 月 日 まで | 報酬額 円 |
| | 病院または 産院の | 所在地 名称 | | |

| | |
|-----|--|
| 同意欄 | 私が申請する当保険給付について、石油製品販売健康保険組合がその支給決定に際する調査の為に、医療機関等の関係機関に照会することを同意致します。 被保険者氏名 ⑩ |
|-----|--|

| | |
|-----|--|
| 委任欄 | 本請求金額の受領を 住所 会社 ⑩ に委任する。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩ |
|-----|--|

受 付 印

| |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |
|----------------|

| |
|-----|
| 備考欄 |
|-----|

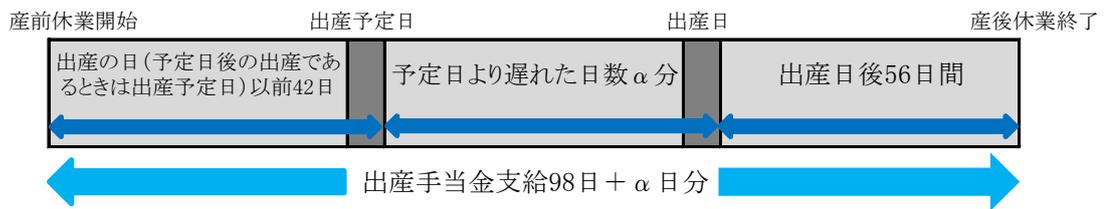
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------------------|---|---|-------------|---|----------------|----|------------------|-----|-----------|----|-----|----|----------|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| 事業主が証明するところ | 被保険者氏名 | ※本請求については、 出勤簿・賃金台帳の写を添付 してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 事業所でお支払になる報酬の起算日と〆日及び支払日をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務に服さな かった期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | から | 日間 | 起算日 | () | 日 | 翌月 | () | 日 | 支払日 | 当月 | () | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 | 年 | 月 | 日 | まで | | 〆日 | () | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 勤務状況 | 出勤は○ 有給は△ 公休は公 欠勤は/ でそれぞれ表示してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 出勤 | 有給 | | | | | | |
| | 令和 | 年 | 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 | 日 | 日 |
| | 令和 | 年 | 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 | 日 | 日 |
| | 令和 | 年 | 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 | 日 | 日 |
| | 令和 | 年 | 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 | 日 | 日 |
| | | 上記の期間に対して、賃金を支給しましたか。 | | | | | | | | | | | | はい ・ いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 報酬の名称 | 支給対象期間 | | | | 支給額 | | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 | 円 | | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 | 円 | | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 | 円 | | | | | | | | | |
| | | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 | 円 | | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 | 円 | | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 | 円 | | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 「いいえ」と回答された場合は右記をご記入ください。 | 現在までに又は将来も | | 支給しない場合はその旨 | | ・ 当社規定により支給しない | | ・ 後日支給予定 () 月頃) | | ・ その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。令和 年 月 日 担当者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※欠勤控除計算方法については、添付する賃金台帳に記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------------------------------|----------------------------|---|---|---|---------|-----------------|----|---|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医師または助産師が意見を書くところ | 出産者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 出産日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 出産予定日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 正常分娩又は 異常分娩の別 | 正常 ・ 異常 | | | | 生産・死産の別 | 生産 ・ 死産(妊娠 週 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 出生児数 | 単胎 ・ 多胎 (児) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入院して出産した場合その期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | から | 日間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | まで | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入院費用の別 | 健保 ・ 自費 ・ 公費 () ・ その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 上記のとおり相違ありません。令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

出産手当金請求書について

被保険者本人が出産のために仕事を休み、給与を受けられないときは、出産手当金が支給されます。出産手当金を受けられる期間は、出産の日（予定日後の出産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）から出産日後56日までの間で、休んだ期間が対象になります。実際の出産日が予定日より遅れた場合、その期間も含めて出産手当金を受けられます。



支給額

出産手当金の支給額は、1日について標準報酬日額の3分の2が支給されます。なお、会社から報酬（給与）を受けている場合は支給されません。ただし、受けている報酬が出産手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。

～被保険者の方へ～

- ・被保険者の印はすべて同一の印を使用してください。
- ・請求は、産前・産後休業終了後に申請をお願いします。

～事業主の方へ～

以下の書類の添付をお願いいたします。

- ・産前休業前、直近で1ヶ月通常どおり勤務されている月から、請求期間分の出勤簿・賃金台帳の写

※出勤簿には「出勤・有給休暇・公休日・欠勤」等、勤怠の表示をお願いします。

※欠勤控除の算出方法を賃金台帳に記載ください。

（例：控除対象金額÷1ヶ月の所定労働日数×欠勤日数＝欠勤控除金額）

※通勤手当が明記されていない場合、その有無。また、その支払い方法を賃金台帳に記載してください。

（例：○月○日～○月○日の○ヶ月定期代○○○円を○月○日に支給）

定期を解約して被保険者から徴収した場合は、徴収した期間と徴収した額の計算方法を記載してください。

※なお、添付書類については、主に必要なものを掲載しています。場合によっては別途添付書類を提出いただく場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

ご不明な点は石油製品販売健康保険組合・給付課（TEL03-3265-3306）までご連絡ください。