

出産手当金請求書

この請求書は、加入者が出産のため休業し、その間報酬が減額されたり、無報酬になったとき、あるいは引き続き1年以上加入期間があり、退職時に産前(42日)又は産後(56日)休暇(休業)を取得していたときに使用するものです。

■提出上の注意

請求書は請求期間最終日を経過してから提出してください。(産前及び産後に分けて請求する場合は、産前分は出産日後に、産後分については当該請求期間最終日を経過してからとなります。)

■添付書類

通常の場合は必要ありません。

記入例

横浜マリン学園の花村葵さんが、出産のため8月10日から11月20日まで報酬が2割に減額となった。

加入者等記号・番号 14-F-2150-19-00
出産予定年月日 令和〇〇年9月20日
出 産 年 月 日 令和〇〇年9月25日
請求対象期間 8月10日(出産予定日以前42日)～11月20日(出産日後56日)



日本私立学校振興・共済事業団

出 産 手 当 金 請 求 書																	
1 請求書は請求期間最終日を経過してから提出してください。 2 ボールペンで記入してください。こすると消えるボールペンや鉛筆での記載の場合は返送します。 3 訂正の場合は、二重線訂正の上、各欄証明者の印で訂正印を押印してください。 4 *印欄は記入しないでください。										請求内容 ※○を付してください。							
13052 01 加入者等記号・番号										加入者氏名		● 生 年 月 日					
14 F 21500001900 花村 葵										38 昭和 ④平 060707							
● 出産のため勤務に服することができなかった期間										出産児数		出産年月日		5 令 〇〇〇925			
自 至										多胎		5 令 〇〇〇920		*確認			
5 令 〇〇〇810 5 令 〇〇〇1120										(児)		5 令 〇〇〇920		*訂正			
● 請 求 期 間										注1 「出産のため勤務に服することができなかった期間」は、報酬の支給の有無にかかわらず、実際に休んだ期間を記入してください。 注2 請求期間は出産日(出産の日が産後の予定日の場合は産後の予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は49日)、出産日後56日の範囲のうち実際に休業し、報酬が減額または無報酬になった期間を記入してください。							
自 至										5 令 〇〇〇810 5 令 〇〇〇1120							
* 個人番号																	
02 郵便番号										給付金受領者の住所(カタカナ)							
(該当する金融機関を○で囲んでください)										給 付 金 の 送 金 先							
銀行										金融機関名(カタカナ)						口座名義人	
信用金庫										店 名(カタカナ)						(フリガナ) 口座番号	
信用組合										ゆうちょ銀行						1 口座名義人	
農協										マイナポータル登録口座での受け取りを希望するときは右欄にチェックをしてください。						●	
労働金庫										*委任済みコード						* 請 求 者 氏 名	
ゆうちょ銀行										146 147							
上記のとおり請求します。										郵便番号(235-0000) TEL 045(000)0000							
令和〇〇年12月20日										住 所 横浜市磯子区磯子 2-10 ドリームマンション 202							
日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿										フリガナ 名 ハナムラ アオイ							
上記の請求及び右記の学校法人等記入欄の証明は事実と相違ない事を認めます。										郵便番号(236-0000) TEL 045(000)0000							
令和〇〇年12月20日										所 在 地 横浜市金沢区金沢文庫 7-3							
										名 称 横浜マリン学園							
										代表者名 理事長 中 沢 久 子							
										事務連絡先 電話番号		担当者 氏 名					

該当する年号の番号を○で囲んでください。生年月日は年・月・日ごとに2マス用いて記入し、1マスで足りる場合は前に0(ゼロ)を記入してください。なお、他の年月日欄の記入方法も同じです。

出産予定年月日は自然分娩の予定日を記入してください。

マイナポータルに登録している口座での受け取りを希望する場合は○を記入してください。

実際に休んだ期間を記入してください。

請求期間は、出産日以前42日(多胎妊娠の場合は98日)、出産日後56日、計98日(多胎妊娠の場合は154日)の範囲のうち実際に休業し、報酬が減額または無報酬になった期間となります。

資格喪失後の期間分のみ請求の場合は、本人の住所、本人名義の預金口座等を記入してください。(ゆうちょ銀行を除く金融機関の口座番号は7桁、ゆうちょ銀行の番号は8桁記入です。桁数が7桁又は8桁未満のときは右詰めで記入し余白に「0」を記入してください。)なお、加入者及び任意継続加入者は、記入不要です。

出産手当金請求書

学校法人等記入欄

給与台帳又は源泉徴収簿等に基づき正確に証明してください。

医師又は助産師の証明及び意見

特に重要ですから、医師又は助産師の証明を必ず受けてください。

(注)出産前及び出産後に分けて請求する場合は、それぞれの請求書に「医師又は助産師の証明及び意見」が必要となります。

出産手当金請求書の「出産のため勤務に服することができなかった期間」欄と一致します。

各月(暦月)分ごとに記入してください。

学 校 法 人 等 記 入 欄	● 出産のために勤務に服することができなかった期間												産 休 後 の 状 況			
	自						至						育児休業 取得期間		令和〇〇年 11月 21日 ●	
	5 令 〇 〇 0 8 1 0						5 令 〇 〇 1 1 2 0						退職 (予定) 年月日		令和 年 月 日 ●	
	● 上記期間中の報酬証明(無報酬でも必ず期間と支給額を記載してください)※1															
	自						至						支 給 率		左記期間中の支給額 ※2※3	
	5 令 〇 〇 0 8 1 0						5 令 〇 〇 0 8 3 1						20 %		2 6 9 7 2	
	5 令 〇 〇 0 9 0 1						5 令 〇 〇 0 9 3 0						20 %		3 9 5 6 0	
	5 令 〇 〇 1 0 0 1						5 令 〇 〇 1 0 3 1						20 %		3 9 5 6 0	
	5 令 〇 〇 1 1 0 1						5 令 〇 〇 1 1 2 0						20 %		2 6 3 7 3	
	5 令						5 令									
	5 令						5 令									
	5 令						5 令									
	5 令						5 令									

産休後、育児休業を取得する場合は記入してください。

請求期間中に退職又は退職予定がある場合は日付を記入してください。

※1：休業期間を暦月ごと、月の途中で支給率が変わる場合は、その期間ごとに区分して記入してください。
※2：期間中の報酬として支給した報酬額を記入してください。(必要に応じて日割計算をしてください。)
※3：支給額が0円の場合は「0」と記入してください。

プライバシー保護を考慮する場合のみ切り離してください。

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 及 び 意 見	出 産 者 氏 名	花 村 葵	生 産 ・ 死 産 等 の 別	① 生 産
	出 産 年 月 日	令和〇〇年 9 月 25 日		2 死 産(妊娠 カ月)
	出産予定年月日	令和〇〇年 9 月 20 日		3 流 産(妊娠 カ月)
	出 産 児 数	単胎・多胎(児)	4 母体保護法に基づく(妊娠 カ月)	
	備 考			
郵便番号(235-0022) TEL 045(000)0000				
上記のとおり相違ないことを認めます。所在地 横浜市磯子区汐見台 6-3-1				
名 称 間産婦人科病院				
令和〇〇年 10 月 1 日 医師・助産師名 笠川 秀裕				

※プライバシーの保護を考慮する場合、「医師又は助産師の証明及び意見」を切り離し、「医師又は助産師の証明及び意見」と表書きした封筒に入れて請求書に添付してください。

13170 2025.04