事業所担当印

① 2

健康保険 出産手当金 支給申請書 （第　　回目）

被保険者（申請者）情報

被保険者の	記号　　番号 ー	生年月日 □ 昭和　年　月　日 □ 平成 □ 令和	備考 □ 本人記載
ふりがな			
氏名			
住所	〒　　ー	電話番号　（　　）	
事業所名称		所在地	
資格取得日	年　月　日	資格喪失日	年　月　日

委任状

令和　年　月　日

コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿

出産手当金を申請いたします。
当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。（任意継続被保険者を除く）

被保険者氏名　　㊞　　※自署の場合は押印省略可

被保険者本人が届書を作成した場合は、備考欄の「本人記載」にチェックを入れてください。その場合、押印は省略できます。

被保険者記入欄

出産予定日	令和　年　月　日	出 産 日	令和　年　月　日
出産のために休んだ期間（申請期間）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	出生児の数	単胎　多胎　（　）児
上記の出産のために休んだ期間（申請期間）の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1. はい　2. いいえ		
上記で「はい」と答えた場合、その報酬の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　円		

医師・助産師記入欄

出産者氏名			
出産予定日	令和　年　月　日		
出 産 日	令和　年　月　日		
出生児の数	単胎　多胎　（　）児	生産または死産の別	生産　死産　（妊娠　週）

令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名　　印

電話　（　）

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 ②

労務に服することができなかった期間を含む1か月ごとの賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払い状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

勤務状況【出勤は〇】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	日	日

上記期間に対して賃金を支給しました(します)か？	給与の種類				賃金計算	締 日	日
□ はい		月給		時間給			
□ いいえ		日給		歩合給		支払日	当月 翌月 日
		日給月給		その他			

上記の期間を含む計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

賃金内訳 期間／内容	(1か月)月 給 (１日)日 給 (1時間)時 給	月　日 から 月　日分 支給額	月　日 から 月　日分 支給額	月　日 から 月　日分 支給額	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください
計					

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

健保受付年月日

	支給金額							
法定給付								
合　計								

＜算出の基礎＞　月額＿＿＿＿千円

（法定）

円 × 2／3 × 日 = 円

常務理事	事 務 長	係