

健康保険 出産手当金 支給申請書 (第 回)

必ずチェック

被保険者（申請者）情報	被保険者の	記号	番号	生年月日	備考 ☐ 本人記載				
	ふりがな								
	氏名								
	住所	〒	—	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	標準報酬月額 (千円)
	委任状	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿 令和 XX 年 XX 月 XX 日 日付も必ずご記入ください 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 健保 太郎 (印) ※自署の場合は押印省略可							

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	日間	出生児 の数	単胎	()	児
		令和	年	月	日まで			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	↑はい の場合 報酬を受けた場合の期間・金額を記入				令和	円			

医師・助産師記入欄	出産者氏名									
	出産予定日	令和	年	月	日	区分	正常分娩			
	出産日	令和	年	月	日		異常分娩			
	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)	
	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	病院で医師の証明を受けてください。 必須です。								
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		事業主の証明欄																											
	勤務状況【出勤は○】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 6 年 8 月	○△公公	公 公 公	公 公	公 公	公	計	1 日	1 日																					
	令和 6 年 9 月	△	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	0 日	0 日																								
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	上記のようにご記入ください。															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？		☒ はい	☐ いいえ	給与の種類	☐ 月給	時間給	締 日	月末 日																					
				☐ 日給	歩合給	賃金計算	支払日	☐ 当月	翌月 25 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。																														
内容	期間	(1か月)月 給 (1日)日 給 (1時間)時 給	8月 1 日 から	月 日 から	月 日 から	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 例) 8月欠勤控除分 基本給×43.5/1000× 欠勤日数＝欠勤控除額 基本給－欠勤控除額 ＝支給額(A)																								
	支給額	8月 31日分	月 日分	月 日分																										
基本給	1か月の賃金	(A)の金額																												
交通費		1か月の交通費																												
*みなし社宅やカフェテリア等、調整の必要のある報酬を記入してください。																														
事業主にて勤務状況や給与の支給状況を証明願います。 * 欠勤控除の計算式は各事業所の給与規定をご確認ください。																														
賃金 計		支給合計額																												
上記のとおり相違ないことを証明する。						証明日は必ず記載ください 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日	健保受付年月日																							
事業所所在地																														
事業所名称																														
事業主氏名																														

	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