

押印を忘れずに

# 出産手当金請求書 (第 1 回)

ご本人で記入してください

事業所担当者印	被保険者証の 記号		番号		大正 昭和 平成	生年月日			年		月		日						
	5 2 0 2 8 9 9 9					5 5	0 5		0 5										
印	被保険者の 氏名と印				(フリガナ) ケンボ ハナコ				事業所の 名称		コスモ石油(株)								
	健保 花子								事業所の 所在地		東京都港区芝浦1-1-1								
被 保 険 者 の 住 所	郵便番号		1 0 5 - 0 0 1 4		(フリガナ) トウキョウトミナトクシバ1チヨウメ10バン11バン				(電話番号)				03-3798-xxxx						
	東京都港区芝一丁目10番11号																		
分 べ ん の 日 成	年		月		日		分べんの 予定年月日		年		月		日						
	0 5		0 5						0 5		0 1								
分 べ ん の た め 休 ん だ 期 間	自		年		月		日		日数		被保険者の 資格を取 得した日		昭和(平成)		報酬月額(280千円)				
	0 6		3 0		9 8						年 4 月 1 日		報酬日額( )円						
記 入 す る と こ ろ	うえの に書いた 期間の部分の報酬を 受けましたか、または 受けられませんか。		受けた 受けられる		受けない 受けられない		報酬の支払を受けたとき、ま たは受けられるときは、その 報酬の額とその報酬支払の基 礎となった(なる)期間				平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		円						
分 べ ん で 入 院 し た と き は そ の 旨	病院等の名称		xx産婦人科				病院等の所在地		東京都中央区築地										
	氏名		生年月日		被保険者との続柄		昭和(平成)		年 月 日										
上 記 の 休 ん だ 期 間 の う ち 、 健 康 保 険 ま た は 公 費 で 入 院 し た 期 間	自		年		月		日		日数		(備考)								
	至		年		月		日		日		報酬(給与等)を受けない 場合や受けた場合の期間・ 金額を記入								
上 記 の 休 ん だ 期 間 の う ち 、 自 費 で 入 院 し た 期 間	自		年		月		日		日数		日								
	至		年		月		日		日		日								
委 任 状	コスモ石油健康保険組合理事長殿		平成		年		月		日										
	上記のとおり申請いたします。 上記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。																		
被保険者 住所		東京都港区芝一丁目10番11号																	
氏名		健保 花子																	
事業主へ提出後証明してください																			
労働に服さなかった期間		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																	
年 月 日から	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	出勤 日	有給 日		
	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																
	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																
	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																
年 月 日まで	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	出勤 日	有給 日		
	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																
	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																
	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																
日間		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															
うえの期間中 の分として、 報酬を全額ま たは一部支給 した場合、ま たは支給する 場合	(自)年 月 日		(至)年 月 日		円		円		円		円		円		円		円		
	日額		月		日支払 円		円		円		円		円		円		円		
	日額		月		日支払 円		円		円		円		円		円		円		
	日額		月		日支払 円		円		円		円		円		円		円		
現在までもまた将来も支 給しない場合はその旨		平成 年 月 日提出																	
うえのとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日																	
住所 〒																			
事業主 氏名																			
電話 ( )																			

分娩日および予定日を正確に記入  
事業所担当者印を忘れずに

休んだ期間を記入

任意継続被保険者以外の方はもれなく委  
任状が必要です。記入押印を忘れずに。

報酬(給与等)を受けない  
場合や受けた場合の期間・  
金額を記入

平成 年 月 日提出

病院で証明をもらってください。

医師または助産婦が意見をかくところ	分べん年月日	平成 年 月 日	分べん予定年月日	平成 年 月 日	
	正常分べん また異常分べん の別	正常・異常	生産 または 死産 の別	生産・死産(妊娠 ヵ月)	
	入院して分べん したときは、 その期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	入院費用 の別	健保・公費 自費・その他
	出生児の数	単胎・多胎( 児)			
	うえのとおり相違ありません。				
職名( )	住所 〒			平成 年 月 日	
	氏名		印		
			電話 ( )	-	

医師の証明・押印を忘れずに

	支給金額					
法定給付						
付加給付						
合計						

<算出の基礎>

(法定)

円 × 2 / 3 × 日 = 円

(付加)

円 × % × 日 = 円

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係