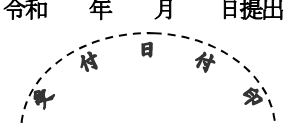


# 出産手当金請求書（第 回）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の		③ 生年月日								
	② 記号	② 番号	昭和 平成	年	月	日					
	被保険者の 氏名と印		(フリガナ)	事業 所	名 称	所在地					
	被保険者の 住 所		郵便番号	—	(フリガナ)	(電話番号)					
	分 べ ん の 日 和	令 和	年	月	日	分 べ ん の 予 定 年 月 日					
	④ 分べんのため 休んだ期間		自	年	月	日	日 数	⑤ 被保険者の 資 格 を 取 得 し た 日	昭和・平成・令和 年 月 日	報酬月額 ( 千円)	報酬日額 ( 円)
	⑥ うえの④に書いた 期間の部分の報酬を 受けましたか、または 受けられますか。		受けた ・ 受けない 受けられる ・ 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		令和 令和	年 月 日	年 月 日	日から 日まで	
	分べんで入院したときはその旨		病院等の名称	氏 名		病院等の所在地	生 年 月 日		被保険者との続柄		
	⑦ 上記④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)			
	⑧ 上記④の休んだ期間の うち、自費で入院した 期間		自	年	月	日	日 数				
委任状		コスモ石油健康保険組合理事長殿			令和 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									
		氏名			㊟						

⑨ 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	有給
	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	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	日	日
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 した場合は、ま たは支給する 場合	( 円 ) 年 月 日	( 円 ) 年 月 日	円	月	日支払 円																														
	( 円 ) 年 月 日	( 円 ) 年 月 日	円	月	日支払 円																														
	( 円 ) 年 月 日	( 円 ) 年 月 日	円	月	日支払 円																														
	( 円 ) 年 月 日	( 円 ) 年 月 日	円	月	日支払 円																														
⑩ 現在までもまた将来も支 給しない場合はその旨		令和 年 月 日提出																																	
うえのとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日																																	
住 所 〒																																			
事業主 氏 名																																			
電 話 ( )																																			

医師または助産婦が意見をかくところ	分べんした人の氏名											
	分べん年月日	令和	年	月	日	分べん予定年月日	令和	年	月	日		
	⑪ 正常分べんは また異常分べん の別	正常・異常			⑫ 生産 または 死産 の別	生産・死産(妊娠ヵ月)						
	⑬ 入院して分べん したときは、 その期間	令和	年	月	日から	日間	令和	年	月	日まで	⑭ 入院費用 の別	健保・公費 自費・その他
	⑮ 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〒										
		氏名					☎		電話( )		-	

	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