

被保険者が記入するところ	被保険者証 記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇	事業所名	〇〇〇〇(株)〇〇〇工場		
	被保険者の氏名	健 保 花 子			生年月日	昭和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇〇市〇〇〇1-2-3			電話番号	〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇		
	出産予定年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		出産年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで( 〇〇 日間)			申請期間に報酬は受けましたか	はい ・ いいえ		
	出産手当金を事業所を経由して給付すること、申請内容について事業所に確認することに同意します。					はい ・ いいえ		
	受取方法	【在籍者】 事業所に委任して下さい	本請求に基づく給付金の受領を 事業所名称 氏名 に委任します。					
【退職者】 振込先を記入して下さい		銀行・信金 信組・農協		本店 支店	普通・当座・貯蓄			
		口座番号		フリガナ		口座名義		

## 【被保険者の方へ】

- 請求書の締切(健保到着日)は毎月10日、翌月25日に支給します。(在職中は給与の中で支給)
- 支給日の月初(概ね5日頃)に当組合の「KOSMOWeb加入者向けサービス」<https://kosmoweb.jp> から支給額を確認して頂けます。未登録の方は登録をお願いします。ユーザID・パスワードが分からない方は当組合にお問合せ下さい。

医師・助産師の記入欄	出産者氏名									
	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日
	出産児の数	単胎	・	多胎	( 児)	生・死産の別	生産	・	死産	(妊娠 週)
	上記のとおり相違ありません。						令和	年	月	日
	医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名	電話 ( )								

## 【医師・助産師の方へ】

- 医療機関の所在地および名称はゴム印を押して下さい。
- ご記入いただいた内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入下さい。

事業主が証明するところ	① 労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	から	左記期間中の 勤怠状況	有給年休	月	日	～	月	日
		令和	年	月	日	まで		日間	出勤日	月	日		
	② 上記期間中の報酬支給額	期 間		日 額		日数(公休日除く)		報酬支給額					
		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円	日	円
		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円	日	円
	計 円												
	上記のとおり相違ないことを証明します。												
	令和 年 月 日 事業所担当者氏名 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ( )												

## 【事業主の方へ】

事業所受付日：令和 年 月 日

- ①労務に服さなかった期間欄：出勤管理簿と照合し、有給年休・公休・諸休暇を含んだ期間をご記入下さい。
- ②上記期間中の報酬支給額欄：有給年休を除いた期間に支払われた報酬額をご記入下さい。
- ご記入いただいた内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入下さい。