

# 出産手当金請求書

◎記入の方法は次ページにありますので良く読んで記入してください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	—	② 事業所の名称 (会社名)		
	③ 被保険者の資格を 取得した日	年 月 日	所属部署		
	④ ア)分べん予定日	令和 年 月 日	⑤ 分べんのため 休んだ期間	令和 年 月 日から	
	イ)分べんの日	令和 年 月 日		令和 年 月 日まで	
	⑥ うえの⑤に書いた期間分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか			受けた・受けない・受けられる・受けられない	
	⑦ 報酬支払を受けたとき又は受けられたときは、その報酬額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間			令和 年 月 日から	令和 年 月 日までの分として 円

上記のとおり請求いたします 年 月 日

被保険者の 住所 〒 電話 ( )  
氏名

コスモスイニシアグループ健康保険組合殿

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑦ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間	
	⑧ ⑦の期間中 の分として 支払う報酬 関係	ア) 全額支給した場合 又は支給する場合	令和 年 月 日から	円 ( 日額 月 日支払 )	
		イ) 一部支給した場合 又は支給する場合	令和 年 月 日から		
		ウ) 現在までも又将来も 支給しない場合はその旨			
		上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			

事業主 住所 〒 電話 ( )  
氏名

医 師 が 証 明 す る と こ ろ	⑨ ア) 分べん予定日	令和 年 月 日	⑩ 単胎又は多胎の別	単胎・多胎
	イ) 分べんの日	令和 年 月 日	⑪ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日			

職名 ( ) 住所 〒 電話 ( )  
氏名

振 込 先	銀行	受 取 人	預金 種目	1. 普通 総合口座(普通預金) 2. 当座 を含みます	フリ ガナ	様
	支店		口座 番号	口座 名義		

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい。

委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日		
	住 所 〒 被保険者の 氏 名		
	代理人の 氏 名	(フリガナ)	委任者と 代理人と の関係
代理人の 住 所	〒 電話 ( )		

受付日付印

※ 本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。

〈被保険者が記入する欄の注意事項〉

1. ①及び③は、健康保険の被保険者証に記載されています。
2. ⑥のア) は、請求書を提出するとき現在までのことを、「受けた」、「受けない」に、また将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて2つの事項を○でかこんでください。
3. 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休み、賃金を受けられない場合に支給されるもので、その期間は、分べん予定日以前 42 日間（分べん予定日後に分べんした場合はその間も支給し、分べん日は産前を含む）分べんの日後 56 日間を限度として支給されます。
4. 給付金の受領方を被保険者以外に委任する場合、記入してください。
5. 振込先を必ず記入してください。

〈事業主が証明する欄の注意事項〉

1. ⑧のア) とイ) にわたるときは、両欄にわけて記載してください。
2. ⑧のウ) の欄は、現在までも将来も支給しない場合は、「支給しない」と記載してください。

〈医師が証明する欄の注意事項〉

1. ⑩、⑪の欄は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。  
⑪欄の「死産」を○でかこんだ場合は、妊娠何か月の死産であるかを該当欄に記載してください。

〈共通する注意事項〉

1. 訂正したところには、各記載者の氏名のわきに訂正印を押してください。
2. ⑤、⑦の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。  
例えば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。