

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	○○○○	番号	○○○○○○○○	事業所名	○○○(株)○○○支店○○部										
	被保険者の氏名					生年月日	昭和	○○	年	○○	月	○○	日				
	被保険者の住所					〒 <span style="border: 1px dashed red; padding: 2px;">現住所、日中連絡がつく電話番号を記入してください。</span> 電話番号											
	出産予定年月日		令和	○○	年	○○	月	○○	日	出産年月日	令和	○○	年	○○	月	○○	日
	出産のため休んだ期間(申請期間)		令和	本請求書で請求される出産のため休んだ期間を記入してください。また、その期間に一部でも給与の支給を受けた場合は「はい」に○を付してください。					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							同意をお願いします。						はい	・	いいえ		
受取方法	【在籍者】 事業所に委任して下さい	①委任状	私は本給付金の受領を右記の者に委任します。 被保険者(請求者)氏名 ○○○ ○○○				私は本給付金の受領を左記の者より委任しました。 (受任者) <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">事業所にて「事業所名称」および「受任者氏名」をご記入下さい。(ゴム印可能)</span>										
	【退職者】 振込先を記入して下さい	銀行・信金 信組・農協	退職者の方のみ、記入して下さい。				本店 支店	普通・当座・貯蓄									
		口座番号					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します。①委任状のご署名をお願いします。)
- 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											電話		( )
医療機関の名称											電話		( )
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	② 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	左記期間中の 勤怠状況	有給年休	月	日	～	月	日	
	③ 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	～	令和	年	月	日	円	日	円		
		令和	年	月	日	～	<span style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">事業所にてご記入下さい。</span>											円	日	円
		令和	年	月	日	～												円	日	円
上記のとおり相違ないことを証明します。																			事業所担当者氏名	
事業所所在地																	電話		( )	
事業所名称																	電話		( )	
事業主氏名																	電話		( )	

【事業主の方へ】

- ②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。
- ③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。
- 被保険者記入欄の受取方法「受任者」に事業所名称および受任者氏名のご記入をお願いします。(ゴム印可能)