

◎この申請書は2枚一組です。次ページに事業主証明欄、医師・助産師証明欄があります。

支給 決議 書	支給額					常務理事	事務局長	リーダー	担当者	
	支給期間	令和 年 月 日から								
		令和 年 月 日まで	日間	資格	得	喪	平成・令和 年 月 日			
		出産年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額		千円				
	備考									傷病コード

出産手当金請求書

被保険者記入欄 注意事項
(3) なりおおよび。⑩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。たとえば、十月二十九日から十一月四日まででは七日間と
(2) 産の日以前が四十二日間前(多胎九十八日間)、出産の勤務を休んだため賃金が受けられない場合支給されます。
(1) 退職者の方は、④は在職時の事業所名を記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号(※)	記号 111 番号 12345	②被保険者 の氏名	日航 花子		本請求により受領する保険給付金は、事業主に委任します。			
	※ KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照ください								
	③被保険者 の現住所	〒123-1234 東京都大田区羽田空港1-2-3		TEL 03(1234) 1111					
	④被保険者の勤務 する事業所名	株式会社JAL〇〇		支店名又は 所属部課	△△部 〇〇課 TEL03-1234-0000				
	⑤被保険者の資格を 取得した日	昭和 平成 令和 24年 4月 1日		⑥被保険者の 標準報酬月額	千円				
	⑦出産予定年月日	令和 5年 2月 1日		⑧出産年月日	令和 5年 1月 30日				
	⑨出産のため 休んだ期間	令和 4年 12月 20日から 令和 5年 3月 27日まで		98日間					
	⑨に書いた期間に対する報酬はありますか			ある・ない					
	⑩ ⑨に書いた期間で有給休暇を取った場合その期間			令和 4年 12月 20日から 令和 4年 12月 24日から		5日間			
	以下、資格喪失後に申請する方のみ記入してください								
1.現在加入している健康保険の「資格情報のお知らせ(写)」または「資格確認書(写)」を添付してください。									
2.被保険者本人名義の振込先をご記入ください。									
銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協		本店 支店 出張所		金融機関番号		店舗番号			
普通(総合)・当座	口座番号			名義 (カナ)					

受付日付印