

1. 分娩日が分娩予定日以前の場合

※A3サイズ(ヨコ)で印刷ください

記入例 1

出産手当金・出産手当金付加金請求書

令和3年2月15日

ココヨ健康保険組合理事長 殿

私(所属する事業所を代理人と定め、下記のとおり請求した出産手当金・付加金の受領を委任します。

被保険者 住所 〒000-0000 大阪市〇〇区〇〇3-5
 氏名 〇〇 花子
 電話 080-0000-1234

下記の通り請求します。

被保険者の記号・番号	記号 123	番号 12345	事業所の名称	ココヨ**株式会社
分娩予定年月日	令和2年11月18日 分娩予定			
分娩年月日	令和2年11月17日 出産			
分娩のため休んだ期間	令和2年10月7日から 令和3年1月12日まで 98日間			
上記の期間、報酬(賞金)の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	年 月 日から 年 月 日まで 日分 期間中、報酬を受けた場合は記入して下さい			

労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間						
上記の期間中の分として支払う報酬関係	<table border="1"> <tr> <td>全額支給の場合</td> <td>年 月 日から 金 円 (月 日支払)</td> </tr> <tr> <td>一部支給の場合</td> <td>年 月 日から 金 円 (月 日支払)</td> </tr> <tr> <td>支給しない場合</td> <td>事業主に証明をもらって下さい</td> </tr> </table>	全額支給の場合	年 月 日から 金 円 (月 日支払)	一部支給の場合	年 月 日から 金 円 (月 日支払)	支給しない場合	事業主に証明をもらって下さい
全額支給の場合	年 月 日から 金 円 (月 日支払)						
一部支給の場合	年 月 日から 金 円 (月 日支払)						
支給しない場合	事業主に証明をもらって下さい						
添付書類	① 勤務表 ② 賞金台帳						
事業主証明	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 氏名						

医師または助産婦の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩 単胎 (児)	
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定 多胎 (児)	
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 病院で記入 証明をしてもらって下さい (職名) 住所 氏名			

●退職者は振込先を記入してください。(任意継続者は保険料引落口座になります)

振込先	口座名義	フリガナ 氏名
	銀行	銀行名: _____ 支店名: _____ 区分: 普通・当座 口座番号: _____

1. 分娩日が分娩予定日後の場合

※A3サイズ(ヨコ)で印刷ください

記入例2

出産手当金・出産手当金付加金請求書

令和3年2月15日

ココヨ健康保険組合理事長 殿

〒0000-0000
被保険者 住所 大阪市〇〇区〇〇3-5

私は所属する事業所を代理人と定め、
下記のとおり請求した出産手当金・
付加金の受領を委任します。

氏名 〇〇 花子
電話 080-0000-1234

下記の通り請求します。

被保険者の 記号・番号	記号 123	番号 12345	事業所の名称 ココヨ**株式会社
分娩予定年月日	令和2年11月18日 分娩予定		
分娩年月日	令和2年11月21日 出産		
分娩のため 休んだ期間	令和2年10月8日から 令和3年1月16日まで 101日間		
上記の期間、報酬(賞金)の全 部または一部を受けたとき または受けられるときはそ の報酬額および期間	年 月 日から 年 月 日まで 日分 期間中、報酬を受けた場合は記入して下さい		

労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間						
上記の期間中 の分として支 払う報酬関係	<table border="1"> <tr> <td>全額支給 の場合</td> <td>年 月 日から 金 円 年 月 日までの分 (月 日支払)</td> </tr> <tr> <td>一部支給 の場合</td> <td>年 月 日から 金 円 年 月 日までの分 (月 日支払)</td> </tr> <tr> <td>支給しない 場合</td> <td>事業主に証明をもらって下さい</td> </tr> </table>	全額支給 の場合	年 月 日から 金 円 年 月 日までの分 (月 日支払)	一部支給 の場合	年 月 日から 金 円 年 月 日までの分 (月 日支払)	支給しない 場合	事業主に証明をもらって下さい
全額支給 の場合	年 月 日から 金 円 年 月 日までの分 (月 日支払)						
一部支給 の場合	年 月 日から 金 円 年 月 日までの分 (月 日支払)						
支給しない 場合	事業主に証明をもらって下さい						
添付書類	① 勤務表 ② 賞金台帳						
事業主証明	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業主 住所 氏名</p>						

医師または助産婦の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩 単胎 (児)	
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定 多胎 (児)	
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 病院で記入 証明をしてもらって下さい			
	(職名)	住所	氏名	

●退職者は振込先を記入してください。(任意継続者は保険料引落口座になります)

振込先	口座名義	フリガナ 氏名
	銀行	銀行名: 支店名: 区分: 普通・当座 口座番号: