

出産手当金支給申請書

トランスコスモス健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	① 被 保 険 者 記 号 番 号	記 号		番 号		② 会 社 の 名 称								
	フリガナ					④ 資 格 取 得 日	昭和・平成・令和							
	③ 被 保 険 者 の 氏 名					年	月	日	年	月	日			
	⑤被保険者の住所 ※送付物が必ず届く住所を記入してください	(〒 -)												
	⑥連絡先電話番号※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	()												
	⑦ 分 娩 予 定 年 月 日	令 和	年	月	日	⑧ 単 胎 また は 多 胎 妊 娠 の 該 当 す る も の に ○								
	⑨ 分 娩 年 月 日	令 和	年	月	日	※ 多 胎 の 場 合 は (人 数)								
	⑩ 手 当 金 請 求 期 間	分 娩 前	令 和	年	月	日	から	令 和	年	月	日	まで	日 間	合 計 日 間
		分 娩 後	令 和	年	月	日	から	令 和	年	月	日	まで	日 間	
	⑪ 振 込 先 銀 行 口 座					銀行・信組 金庫・農協					支店・出張所 本店・営業部			
【銀行コード】						【支店コード】								
口 座 番 号							口座名義は、健康保険組合に登録されている被保険者名義と同一のものに限り、氏名変更をされたときはご連絡ください。							
フリガナ														
口 座 名 義														
普通預金口座をご指定ください														

委 任 状	私は下記の者に、本請求にともなう給付金の受領に関する権限を委任します。						被 保 険 者 氏 名		
	受 領 代 理 人	住 所							
		名 称					氏 名		
	振 込 先 銀 行 口 座	銀行				支店			
口座名義						口座番号	当座・普通		

【提出先】 所属事業所または事業主人事に提出ください。
※提出先を必ずご確認ください。健康保険組合へ直接送付された場合は不備で返却し、給付にお時間がかかります。

【問合せ先】 トランスコスモス健康保険組合 給付担当（記号番号と被保険者名をお伝えください）
電話：0120-917-596 9時～16時にお願ひします（土日祝祭日、12時～13時を除く）
メール：trans_kenpo@m101.trans-cosmos.co.jp

受付印

健 保 記 入 欄	備考					
	提出					
	日付					
	決裁書番号	G-	/	/	/	

記 号		番 号		氏 名																															
労 務 に 服 さ な か っ た 期 間				令 年 月 日 ~ 令 年 月 日																								日 間							
事業主記入欄	勤務実績により次の表示をしてください。 (該当日の下段) 有給休暇日……◎ 公休日………× (会社が休みの日) 出勤した日……△	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
給 与 形 態 (該 当 に ○)	固定給	月 給	日 給	月 給	日 給	時 給	そ の 他 計 算 期 間														日 ~ 日(締日)														
							内 容														支 払 日	当 月 日 ・ 翌 月 日													
休 業 期 間 中 の 報 酬 支 払 の 有 無 (該 当 す る も の を ○ で か こ む)				給 与		支給しない		一部支給		全額支給		支給予定(年 月 日)																							
				手 当		支給しない		一部支給		全額支給		支給予定(年 月 日)																							
事業主記入欄	給与支払明細(休業期間を含む)を締切ごとに記載して下さい。また、支給がない場合は0円と記入して下さい。 ◆前月以前の精算の場合はその他欄に明記して下さい(時間外を除く)	月分給与 明細		月 分				月 分				月 分				月 分				摘要															
				月 日 ~ 月 日				月 日 ~ 月 日				月 日 ~ 月 日				月 日 ~ 月 日																			
		① 給 与 (④ を 除 く)				日 分				円				日 分				円				日 分				円									
		② 時 間 外 手 当				月 分				円				月 分				円				月 分				円									
		③ 通 勤 手 当				日 分				円				日 分				円				日 分				円									
		④ 住 宅 補 助 (適 用 者)				日 分				円				日 分				円				日 分				円									
		⑤ そ の 他 ()				分				円				分				円				分				円									
		⑥ そ の 他 ()				分				円				分				円				分				円									
計																																			
※上記期間にかかわる賃金台帳および勤務実績表(勤怠表)を、必ず添付してください。																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。令和 年 月 日																																			
事業主の所在地 名 称																																			
事業主の 氏 名 電話 ()																																			

医師等の証明	分 娩 予 定 日	令 和 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産
	分 娩 日	令 和 年 月 日	(該当に○あるいは記入)	死 産 (妊 娠 ヲ月 週)
	上記のとおり 相違ありません。 医 療 機 関 名			令和 年 月 日
	所 在 地			
医 師 氏 名				