支給額	決定証印	支払日

【注意点】

※ 被保険者記入欄、医師又は助産婦の証明欄、事業主の記入欄が証明する欄は全て記入してください。空欄があると書類を受領できません。

※ 在職中の方は、「提出委任」欄に必ず✔点を付けてください。事業主の証明と該当期間の出勤簿写しと給与明細書写しが必要となりますので、事業主へ送付してください。

保険証	記号	1234	事業所及び個所名	㈱JTB　○○支店 TEL.　03-5796-1111
	番号	456789		
被保険者氏名	フリガナ　ケンポ　サチコ 健保　幸子		被保険者住所	〒 140-0005 東京都品川区東品川5-8-503 TEL.　03-5786-1322
資格取得年月日	平成 (令和)　1年　4月　1日		資格喪失年月日	平成 令和　年　月　日
[illegible]	[illegible]　12日		分娩のあった日	令和　5年　8月　16日
分娩のために休んだ期間（請求期間）	令和　5年　7月			102　日間
上記の期間中において報酬（賃金）の全部又は一部を受けたとき又は受けられるときはその期間と報酬額	令和　5年　7月　2日から 令和　5年　10月　11日まで		の分として	0　円

在職中の方は、必ず✔点を付けてください。

必ず医師・助産婦に証明いただいてください。

提出委任	☑ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由で依頼する場合は✔を付けてください）			
医師又は助産婦の証明	住所 氏名 押印	〒 印	単胎多胎の区別	単胎 多胎（　　児）
	分娩予定日　年　月　日	分娩日　年　月　日	生産死産の区別	生産・死産 （妊娠　週　日）

事業主の記入欄	労務に服さなかった期間	平成 令和　年　月　日から　平成 令和　年　月　日まで　日間			
	産前産後休暇 期間中の報酬の支払状況	※賃金形態及び賃金締切	月給・日給月給・日給・時間給 その他（　　）	毎月　日締切 当月 翌月　日払	
		※上記の賃金形態における給与の支払基礎日数	日		
		給与	年　月　日～　年　月　日	日間　円	月　日支払日額　円
		＊労務に服さなかった期間の「出勤簿の写し」と「給与明細写し」を必ず添付してください			
		通勤費（定期券）	年　月　日～　年　月　日	月間　円	
		定期券の払戻をしない・した	払戻日：　年　月　日	払戻金額：　円	
			払戻期間：　年　月　日～　年　月　日		
	現在までにも、又将来も支給しない場合はその旨を記入ください				

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

被保険者の銀行口座を必ず記入してください。
ゆうちょ銀行の場合も支店名（店番号）を必ず記入してください。

TEL　（　　）

氏名

＊振込先の銀行は被保険者（請求者）名義のものを記入

2025.06

振込先金融機関	○○○　(銀行)・信金 信組・農協	支店名（店番号）	○○○○　(支店)・本店 営業部	受付日印
口座種別　普通	口座番号	3456789		
	口座名義（フリガナ）	ケンポ　サチコ		

【支給決定について】

◎審査の結果、支給となった場合、健保支払月の翌月10日に KOSMO Communication Web へ「給付金支給決定通知書」を通知しますので、Webよりご確認ください。