

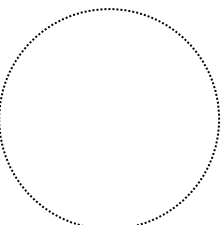
法定給付		円
手当	▲	円
支払金額		円
支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	日間

常務理事	事務長	担当

提出先：愛知製鋼の方は人事部福利厚生室 他事業所の方は総務・人事

出産手当金請求書

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日

本 人 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者資格情報 記号・番号		会社名		
	所属部署名				
	被保険者の 氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	被保険者の住所	〒 () -			
	分娩予定年月日	令和 年 月 日	分娩のため会社を 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
	分娩年月日	令和 年 月 日			
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日 被保険者（請求者）氏名			受付日付印 	
代理人の 氏名と印	(フリガナ)				
代理人の 住所	〒 -				

健 保 組 合 使 用 欄	資格取得日	年 月 日	算定標準報酬月額	算定標準報酬日額	
	資格喪失日	年 月 日	千円	円	
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間		
		標準報酬日額 (a)	支給率 (b)	日数 (c)	金額 (a × b × c)
	法定給付	円	2/3	日	円
	円	2/3	日	円	
年金・手当	円	/	日	▲ 円	

保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。
給付金は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」でご確認下さい。
給付金は給与上乘せ

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	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		
	就労状況 (出勤-無印、有給-△、病欠・欠勤-○、◎-福祉、公休-赤丸)				
	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 月 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 月 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 月 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 月 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 月 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	上記の期間中の分として報酬・手当を全額または一部支給した場合又は支給する場合				
	報酬・手当の種類	支給対象期間	日数	支給額	支払日
	月	月 日 ~ 月 日	日	円	月 日
	月	月 日 ~ 月 日	日	円	月 日
	月	月 日 ~ 月 日	日	円	月 日
月	月 日 ~ 月 日	日	円	月 日	
月	月 日 ~ 月 日	日	円	月 日	
月	月 日 ~ 月 日	日	円	月 日	
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	住所 氏名	〒 () -			

医 師 又 は 助 産 師 が 意 見 を か く と こ ろ	分娩予定年月日	令和 年 月 日	正常分娩又は 異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産児の数	単胎 ・ 多胎 (児)
	分娩年月日	令和 年 月 日				
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日						
住所(所在地)						
職名(医師・助産師)						
氏名						
〒 () -						