

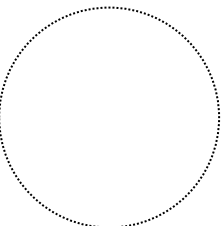
法定給付		円
手当	▲	円
支払金額		円
支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	日間

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 (第 回)

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	健康保険証の記号・番号		業務の種類		
	事業所の名称				
	被保険者の氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	被保険者の住所	〒 () -			
	資格を取得した年月日	平成 年 月 日	標準報酬月額	千円	
	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	
	分娩年月日	令和 年 月 日		令和 年 月 日まで	
	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			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
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	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	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	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	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 円 () -				

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						
	職名 (医師・助産師) 住所 (所在地) 氏名 円 () -						