

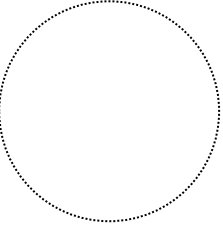
法定給付		円
手当	▲	円
支払金額		円
支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	日間

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 6 年 12 月 10 日

本人が記入するところ	被保険者資格情報 記号・番号	10	123456	会社名	愛知製鋼 株式会社	
	所属部署名	人事部 福利厚生室				
	被保険者の氏名	愛知 花子		生年月日	昭和 平成 7年5月20日	
	被保険者の住所	〒476-0003 東海市荒尾町大脇90番地 Tel (052) 111-1111				
	分娩予定年月日	令和 6年 10月 5日	分娩のため会社を 休んだ期間	令和 6年 8月 25日から 令和 6年 11月 30日まで		
	分娩年月日	令和 6年 10月 5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			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	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	月	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	月	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	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	月	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	月	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	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	月	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	月	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		
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
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	Tel ( ) -		

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	Tel ( ) -			