

| | | |
|------|-----------------------|----|
| 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 2 年 5 月 10 日

| | | | | | | |
|------------|-------------|--|-------------|---------------|--|-----------|
| 本人が記入するところ | 健康保険証の記号・番号 | 1 0 | 1 2 3 4 5 6 | 業務の種類 | | |
| | 事業所の名称 | 愛知製鋼 株式会社 | | | | |
| | 被保険者の氏名 | 愛知 花子 | | 生年月日 | 昭和 2 年 5 月 2 0 日 平成 | |
| | 被保険者の住所 | 〒 4 7 6 - 0 0 0 3 東海市荒尾町大脇 2 4 番地 Tel (0 5 2) 1 1 1 - 1 1 1 1 | | | | |
| | 資格を取得した年月日 | 平成 2 4 年 4 月 1 日 | | 標準報酬月額 | 2 4 0 千円 | |
| | 分娩予定年月日 | 令和 1 年 6 月 5 日 | | 分娩のため会社を休んだ期間 | 令和 1 年 4 月 2 5 日から | |
| | 分娩年月日 | 令和 1 年 6 月 5 日 | | | 令和 1 年 7 月 3 1 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 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 |
| 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 | 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。 | | | | | | |
| | 職名 (医師・助産師) | 住所 (所在地) | 令和 年 月 日 | | | | |
| 氏名 | 氏名 | Tel () - | | | | | |