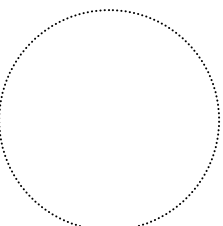


法定給付		円
手当	▲	円
支給金額		円
支給期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	日間

常務理事	事務長	担当

出産手当金請求書 (第 回)

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿 平成 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	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	標準報酬月額	千円	
	分娩予定年月日	平成 年 月 日	分娩のため会社を休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	分娩年月日	平成 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	標準報酬月額	(旧) 年 月～ 千円	(新) 年 月～ 千円	
	資格喪失日	年 月 日				
	支給期間	平成 年 月 日～平成 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	千円 円	2/3	日	円	
年金・手当	千円 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。  
・愛知製鋼株の方は給与上乘せ ・他事業所の方は届出されている口座振込

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 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
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。				平成 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	平成 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	平成 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) 氏名	平成 年 月 日 Ⓜ			
		〒 ( ) -					