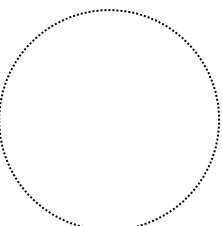


法定給付		円
手当	▲	円
支払金額		円
支給期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	日間

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	10	123456	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 60年5月20日 平成	
	被保険者の住所	〒476-0003 東海市荒尾町大脇24番地 Tel (052) 111-1111				
	資格を取得した年月日	昭和 19年 4月 1日 平成	標準報酬月額	200千円		
	分娩予定年月日	平成 24年 6月 5日	分娩のため会社を休んだ期間	平成 24年 4月 23日から 平成 24年 7月 29日まで		
	分娩年月日	平成 24年 6月 3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 ㊟				
		代理人の氏名と印	(フリガナ) ㊟			
	代理人の住所	〒 -				
					受付日付印 	

健保組合使用欄	資格取得日	年 月 日	標準報酬月額	(旧) 年 月～	(新) 年 月～	
	資格喪失日	年 月 日		千円 千円		
	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	
	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	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			
	月	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
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	Tel () -		

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)	平成 年 月 日		
氏名			㊟				
			Tel () -				