

(経路) 所属事業所社会保険担当→愛三工業健康保険組合

令和 年 月 日

出産手当金請求書

C / #	6 2	整	組 合 記 入			
		理				
		No.				

常務理事		
------	--	--

受 付 印	
健保組合	事業所

あなたが記入するところ	社員 番号	所 属 事業所	愛三工業(株) 愛三工業労組 愛協産業(株) A C S (株) 愛三熊本(株)	被保険者 氏 名	(印)				
	被 保 険 者 証 記 号	番 号	所 属 部 署	本社 安城工場 豊田工場 その他	自宅住所				
	被保険者 生年月日	年 月 日	休 業 期 間	平成 令和	年 月 日から				
	分 娩 年 月 日	平成・令和 年 月 日	休 業 日 数	平成 令和	年 月 日まで				
	分娩予定 年 月 日	平成・令和 年 月 日	休 業 日 数	日間					
助産師の又は明	分 娩 年 月 日	平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日 住所 名称 氏名 (印)						
	分娩予定 年 月 日	平成・令和 年 月 日							
	出 産 区 分	1. 生 産 2. 死 産 3. 流 産 (妊娠 ヶ月)							
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (人)							
事業主の証明	① 労務に服さ なかった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間	左記のうち 有給使用期間	日間					
	上記期間中に支払った 報 酬 と そ の 期 間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間	手当名	円					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			標準報酬 月 額	千円				
	事業主の所在地 名称 氏名			記載者氏名 (印) (印)					
組合記入欄	資格取得 年 月 日	年 月 日	資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日	出産区分 コード				
	支給決定 期 間	平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	平成 年 月 日まで	支給 日数			日		
	出産手当 支 給 額					備考 円			
	支給区分	銀行振込		支給決定年月日	令和 年 月 日				

※健保からの給付金は、給与の振込口座に振込みをさせていただきますので、ご了承ください。
支給時には給付金支給決定通知書を送付させていただきますので、ご確認ください。