

(経路)所属事業所社会保険担当→愛三工業健康保険組合

令和〇〇年〇〇月〇〇日

## 出産手当金請求書

| 受 付 印 |     |
|-------|-----|
| 健保組合  | 事業所 |
|       |     |

|             |         |       |
|-------------|---------|-------|
| C<br>/<br># | 愛三・・・1  | 合 記 入 |
|             | 労組・・・2  |       |
|             | 愛協・・・3  |       |
|             | ACS・・・4 |       |
|             | 愛熊・・・5  |       |

常務理事

出産日(予定より遅れた場合は予定日)  
以前42日から出産の翌日以後の56日目まで  
の間で、会社を休んだ期間を記入してください

|             |                                 |                                   |     |               |               |                 |                                      |
|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----|---------------|---------------|-----------------|--------------------------------------|
| あなたが記入するところ | 社員番号                            | 〇〇〇〇〇〇                            | 所 属 | 愛三工業(株)       | 愛三工業労組        | 被保険者            | 愛三 良子 (印)                            |
|             | 事業所                             | 愛三熊本(株)                           | 氏 名 |               |               |                 |                                      |
|             | 被 保 険 者 証<br>記号                 | 番 号                               | 所 属 | 本社            | 安城工場 豊田工場 その他 | 自宅住所            |                                      |
|             | 〇                               | 〇                                 | 〇   | 〇             | 〇             | 〇               |                                      |
| 助産師の又は明     | 被保険者<br>生年月日                    | S 〇〇年 〇〇月 〇〇日                     |     |               |               | 休 業<br>期 間      | 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日から<br>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで |
|             | 分 娩<br>年 月 日                    | 平成・令和 〇〇年〇〇月 〇〇日                  |     |               |               | 休 業<br>日 数      | 〇〇 日間                                |
|             | 分娩予定<br>年 月 日                   | 平成・令和 〇〇年〇〇月 〇〇日                  |     |               |               |                 |                                      |
|             | 分 娩<br>年 月 日                    | 平成・令和 年 月 日                       |     |               |               | 住所              |                                      |
| 事業主の証明      | 分娩予定<br>年 月 日                   | 平成・令和 年 月 日                       |     |               |               | 名称              |                                      |
|             | 出 産 区 分                         | 1. 生 産 2. 死 産<br>3. 流 産 (妊娠 ヶ月)   |     |               |               | 氏名 (印)          |                                      |
|             | 出生児の数                           | 単胎 ・ 多胎 ( 人)                      |     |               |               |                 |                                      |
|             | ① 労務に服さ<br>なかった期間               | 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで 日間 |     |               |               | 左記のうち<br>有給使用期間 | 日間                                   |
| 組合記入欄       | 上記期間中に支払った<br>報 酬 と そ の 期 間     | 平成・令和 年 月 日から<br>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。<br>令和 年 月 日 |                                   |     |               |               | 標準報酬<br>月 額     | 千円                                   |
|             | 事業主の所在地<br>名称<br>氏名             |                                   |     |               |               | 記載者氏名<br>(印)    | (印)                                  |
|             | 資格取得<br>年 月 日                   | 年 月 日                             |     | 資格喪失<br>年 月 日 | 令和 年 月 日      | 出産区分<br>コード     |                                      |
| 支給決定<br>期 間 | 年 月 日から 年 月 日まで                 |                                   |     |               | 支給<br>日数      |                 | 日                                    |
|             | 出産手当<br>支 給 額                   |                                   |     |               | 備考            |                 |                                      |
|             | 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。