

(経路)所属事業所社会保険担当→愛三工業健康保険組合

平成 年 月 日

出産手当金請求書

受 付 印	
健保組合	事業所

C	62	整	組 合 記 入			
/		#	理			
		No.				

常務理事		
------	--	--

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) ACS(株) 愛三熊本(株)	被保険者氏名		(印)	
	被保険者証記号	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			休 業 間	平成 年 月 日から		
	分娩年月日			休 業 日 数	平成 年 月 日まで		
	分娩予定年月日					日間	
助産師の又は証明	分娩年月日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	(印)	
	分娩予定年月日	平成 年 月 日			住所		
	出産区分	1. 生産 2. 死産 3. 流産 (妊娠 ヶ月)			名称		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (人)			氏名		
事業主の証明	① 労務に服さなかつた期間	平成 年 月 日から	平成 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 年 月 日から	平成 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。 平成 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)
組合記入欄	資格取得年月日		資格喪失年月日	平成 年 月 日	出産区分コード		
	支給決定期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	支給日数		日	
	出産手当支給額			円	備考		
	支給区分	銀行振込		支給決定年月日	平成 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。