

【メール提出不可】

## 出産手当金申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号番号		被保険者 の氏名		標準報酬 月 額	
	事業所の名称				単胎または 多胎妊娠の別	単胎・多胎
	分娩年月日 (分娩前に請求する ときは予定年月日)	年 月 日	左記の分娩日は 実分娩ですか、 又は分娩の予定 によるものですか		1.実分娩(分娩予定 年 月 日) 2.分娩の予定	
	分娩のため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)				
	上記期間中報酬を受けたか	報酬を受けたとき又は受け得るときはその額及び期間				
	受けた・受けない	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)				
	入院の費用を健康保険本人 の扱いとして入院したとき	健康保険本人 扱いの入院期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	被扶養者 の有無	ある ・ ない	
		病院の名称				
		所在地				
		被扶養者の氏名、 生年月日、続柄	氏名	生年月日	年 月 日	続柄
本件給付金を上記のとおり申請いたします。 請求者(被保険者) 住所 在職被保険者の場合は、本件給付の 受領方を事業主に委任します。(※) 氏名 年 月 日 AIG 健康保険組合理事長 殿 電話 ( ) (※)給付金は、毎月末日健保受付締め切り、翌々月給与に振込いたします。(任意継続者は、翌々月20日登録口座へ振込)						

事業主の証明	年 月 日から 年 月 日まで	日間労務に服しなかった。	事業主	
	報酬を支給した(支給すべき)期間及金額は 年 月 日から 年 月 日まで	日間 円	氏名	

医師・助産婦が意見を 書くところ	分娩年月日 ※分娩予定年月日欄につい ても必ず記入してください	年 月 日	分娩予定 年月日	年 月 日	単胎または 多胎妊娠の別 単胎 ・ 多胎
	入院の費用を健康保険 本人扱いとして入院し た期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	分娩後のときは 生産・死産の別	正常分娩 ・ 異常分娩 生産・死産(妊娠 月)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医師 住所 助産婦 氏名 印 電話 ( )				

〔注意事項〕 ・この申請書に必要事項をご記入・押印下さい(裏紙での申請不可)

・病院で医師の証明を必ず受けてください。

〔提出先〕 (社)ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して下さい。

住所: 〒540-6319 大阪府大阪市中央区区見 1-3-7 IMPビル 19 階

社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG 担当 宛て

受付印

2023/4