

【メール提出不可】

記入例

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 記番号	1 — 19876	被保険者 の氏名	鈴木 花子	標準報酬 月額	200,000
	事業所の名称	医療生命保険会社 札幌支店			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)	令和 4 年 1 月 1 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 令和3年12月31日) 2.分娩の予定		
	分娩のため休んだ期間	令和 3 年 11 月 20 日から令和 3 年 2 月 26 日まで (99 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	令和 3 年 12 月 28 日から 令和 4 年 1 月 6 日まで (10 日間)	被扶養者 の有無	ある (ない)	
		病院の名称	札幌大通病院			
		所在地	札幌市中央区大通×-△-○			
		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 札幌市中央区旭ヶ丘○-△-× 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 鈴木 花子 令和 4 年 4 月 18 日 AIG 健康保険組合理事長 殿 電話 011 (000) ×××× (※)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	【事業主の証明欄】 会社の社会保険担当部署の証明及び押印 が必要です。提出先のヒューマン・リソー ス・パートナーズで記入します。
	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	令和 4 年 1 月 1 日	分娩予定 年月日	令和 3 年 12 月 31 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	令和 3 年 12 月 28 日から 令和 4 年 1 月 6 日まで	10 日間	分娩後の 生産・死産の	正常分娩・異常分娩 (生産・死産(妊娠 日))	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 4 年 4 月 25 日 医師 住所 札幌市中央区大通×-△-○ 助産婦 氏名 札幌大通病院 院長 山田太郎 印 電話 011 (000) △△△△	分べん予定日は、必ず記載し て頂いてください。 (支給日数に関係するため)				

【注意事項】 ・この申請書に必要な事項をご記入・押印下さい(裏紙での記入不可)
・病院で医師の証明を必ず受けてください。 医師もしくは助産師の証明印が必要です。
【提出先】 (社)ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して 押印の省略はできません。
住所: 〒540-6319 大阪府大阪市中央区城東
社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース

