【メール提出不可】

出産手当金申請書

被保険者の記入するところ

被保険者等記号・番号	Global ID	被保険者の氏名
被保険者の生年月日	**出産予定年月日**	**出産年月日(出産後申請の場合)**
年　月　日	年　月　日	年　月　日
出産のために休んだ期間(申請期間)		**単胎・多胎の別**
年　月　日　～　年　月　日（　日間）		単胎　・　多胎
出産のために休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか		
受けた　・　受けない	年　月　日　～　年　月　日（　円）	

本件給付を上記のとおり申請いたします。
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。　年　月　日

AIG健康保険組合理事長　殿

被保険者(申請者)氏名：

電話番号：

住所：

事業主の証明

労務に服しなかった期間	日数
年　月　日　～　年　月　日	日間

報酬を支給した(すべき)期間	日数	金額
年　月　日　～　年　月　日 ※詳細は別添勤務表・給与明細の通り	日間	円

事業主氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

医師・助産師が意見を記入するところ

出産者氏名	出産予定年月日	出産年月日
	年　月　日	年　月　日
単胎・多胎の別	**分娩の別**	**生産・死産の別**
単胎　・　多胎	正常分娩　・　異常分娩	生産　・　死産(妊娠　週)

上記のとおり相違ないことを証明いたします。　年　月　日

医療機関（所在地）〒

（名称）　電話　（　）

（医師名・助産師名）　印

【提出先】

住所：〒540-6319　大阪府大阪市中央区城見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

【受付締切/支給日】

原則毎月23日(土日祝の場合は前倒し)までにヒューマン・リソース・パートナーズに到着したものを、翌々月給与で支給