

【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	被保険者等 記号・番号/ Global ID	1-123456 / 9999999	被保険者 の氏名	鈴木 花子	生年月日	〇〇年〇月〇日	
	事業所の名称	〇△◇株式会社			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 年 月 日から 年 月 日まで (日間)					
	受けた(受けない)						
	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×-△-〇				
		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〇-△-× 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 (〇〇〇) ××××							
(※)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	日間勤務に服しなかった。	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×-△-〇 助産婦 氏名 札幌大通病院 院長 山田太郎 印 電話 011 (〇〇〇) △△△△				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】 ・この申請書に必要事項をご記入・押印下さい(裏紙で)

・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

住所:〒540-6319 大阪府大阪市中央区城島

社会保険労務士法人 ヒューマン・リソ

医師もしくは助産師の

証明印が必要です。

押印の省略はできません。

受付印

2024/12