

【メモ】


記入例

出産手当金申請書

被保険者の記入するところ	番号	Global ID	被保険者の氏名
	99-9999	1234567	厚生 春子
	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)
	〇〇年〇月〇日	〇〇年〇月〇日	〇〇年〇月〇日
	出産のために休んだ期間(申請期間)		単胎・多胎の別
	〇〇年〇月〇日 ~ 〇〇年〇月〇日 (〇〇日間)		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		
<input type="radio"/> 受けた・ <input checked="" type="radio"/> 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。			
AIG健康保険組合理事長 殿		被保険者(申請者)氏名:	厚生 春子
		電話番号:	△△(〇〇〇〇)××××
		住所:	〇〇県〇〇市〇-△-×

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 ※	日間	円
	事業主氏名	上記のとおり相違ないことを証明いたします。	
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			

【事業主の証明欄】
 事業主の社会保険担当部署の証明及び押印が必要です。但し、証明は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。

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
	厚生 春子	〇〇年〇月〇日	〇〇年〇月〇日
	単胎・多胎の別	分娩の別	生産・死産の別
	単胎・多胎	正常分娩	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。		〇〇年〇月〇日
医療機関(所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇		電話	△△(〇〇〇〇)××××
(名称) 健康保険総合病院			
(医師名・助産師名) 院長 保険 太郎			

【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

【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

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。