

# 出手

## 出産手当金・出産手当金付加金請求書（産前・産後）

アサヒグループ健康保険組合 御中

|                                 |                 |   |               |                |
|---------------------------------|-----------------|---|---------------|----------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証の<br>記号・番号 | —   | 事業所名          |                |
|                                 | 被保険者の氏名         |   | 被保険者の<br>生年月日 | 昭和<br>平成 年 月 日 |
|                                 | 分娩年月日           | 令和 年 月 日  | 分娩予定日         | 令和 年 月 日       |
|                                 | 分娩のため休んだ<br>期間  | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間                                     |               |                |
|                                 | 委<br>任<br>状     | この保険給付金の受領方を所属事業所に委任します。 令和 年 月 日<br>住所<br>被保険者 氏名 ⑩<br>TEL |               |                |

|   |   |                 |           |                             |
|---|---|-----------------|-----------|-----------------------------|
| 医<br>師<br>又<br>は<br>助<br>産<br>師<br>の<br>記<br>入<br>欄 | 分娩年月日   | 令和 年 月 日        | 分娩予定日     | 令和 年 月 日                    |
|   | 分娩の別  | 正 常 ・ 異 常       | 生産または死産の別 | 生産 ・ 死産（妊娠 ヲ月）              |
|   | 出生児の数   | 単 胎 ・ 多 胎 （ 児 ） | 入院期間      | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで 日間 |
|   | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日<br>住所<br>診療機関名<br>医師または助産師の氏名 ⑩<br>TEL ( ) |                 |           |                             |

|  |                             |                                   |             |    |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|-------------|----|
| 事<br>業<br>主<br>の<br>証<br>明<br>欄                      | 労務に服さなかつ<br>た期間             | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間 出勤 日 有給 日 |             |    |
|  | 上 の 期 間 中 の 分 の 報 酬 に つ い て |                                   |             |    |
|  | 全額支給                        | 月 日 ～ 月 日 日間                      |             |    |
|  | 支給なし                        | 月 日 ～ 月 日 日間                      |             |    |
|  | 一部支給あり                      | 家族・扶養手当                           | 月分～ 月分 月額 円 | 手当 |
| 手当   |                             | 月分～ 月分 月額 円                       | 円           |    |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日<br>住所<br>事業主 名称 ⑩<br>氏名 |                             |                                   |             |    |

|                                 |          |                             |       |          |     |   |
|---------------------------------|----------|-----------------------------|-------|----------|-----|---|
| 健<br>保<br>組<br>合<br>記<br>入<br>欄 | 資格取得日    | 平 令 年 月 日                   | 資格喪失日 | 令和 年 月 日 | 受付印 |   |
|                                 | 標準報酬月額   | ,000 円                      |       | 標準報酬日額   |     | 円 |
|                                 | 支給期間     | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで 日間 |       |          |     |   |
|                                 | 法第108条調整 | 円                           |       |          |     |   |
|                                 | 支給額      | 円                           |       |          |     |   |

◎医師または助産師に証明をもらい請求してください。（死産のときは、妊娠何ヵ月目の死産であるか必ず記入頂いてください）

◎産前産後一括、または産前産後と2回に分けて請求することもできます。

◎分娩の当日は、分娩の日以前に含まれます。

(2019.5)