

健保 使用 欄	支払年月日						受付No.			
	資 格	取 得	昭和・平成・令和 年 月 日				支 給 期 間	平成・令和 年 月 日から 日間		
		喪 失	平成・令和 年 月 日					平成・令和 年 月 日まで		
	控 除 額		月	日額	円	月	日額	円	支 給 金 額 円	

アイシン健康保険組合 御中

☐ 出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号		番号		会社名・所属				
	被保険者氏名					生年月日	昭和 平成	年	月	日
	連絡先住所	〒 都 道 市 府 県 区 町				連絡先	TEL			
	出産日	平成 年 月 日 令和				出産予定日	平成 令和	年	月	日
	振込先	●出産手当金は、給与の口座 又は 会社指定口座へ振り込みます。 退社等で給与口座以外の振込は下記へ記入してください。								
	銀行 ・ 信用金庫 ・ 信組 ・ 農協				本・支店		普通 ・ 当座			
	口座番号				口座名義人 (カタカナ)					

- 注意事項●
- 出産手当金は、女子被保険者が出産のため休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるものです。
 - 支給期間は、次の①と②を合算した期間となります。
 - ①出産の日以前42日間(多胎の場合は98日間)ただし、出産予定日より出産が遅れた場合は、その遅れた日数を42日間に加算いたします。
 - ②出産した日の翌日から56日間
 - 出産予定日より早く出産した場合、出産日から42日さかのぼって支給します。
しかし、さかのぼった42日間の間に給与が支払われていた期間は、支給されません。
 - 個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外に使用しません。

●提出ルート●
本人 → 病院 → 本人 → 職場人事 → 健保組合
※勤怠証明が必要なため、職場人事へ提出

事業主が記入する欄

◆勤怠状況：出産日前2ヶ月、出産後2ヶ月間の勤怠状況を記入してください。

- ・ 出産日：●
- ・ 出勤：○
- ・ 会社休日：×
- ・ 有給(半給)：△
- ・ 公休(出産)：／

出産前	月	1	2	3	4	5	6	7	月	1	2	3	4	5	6	7	出産月	1	2	3	4	5	6	7
		8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14
		15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21
		22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28
		29	30	31						29	30	31						29	30	31				

出産後	月	1	2	3	4	5	6	7	月	1	2	3	4	5	6	7
		8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14
		15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21
		22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28
		29	30	31						29	30	31				

健康保険組合記入欄	
手当日額：月の合計額÷30	÷ 30
控除期間	
控除日額	

◆給与支払状況

①上記期間全て支給無
☐

②月によっては支給有
☐

一部支給の場合は、1ヵ月分の諸手当を記入

一部支給の場合は、下記項目を記入(1ヵ月分支給の場合の金額)

対象月	賃金支給の有無		通勤手当	家族手当	役職・資格手当	住居・食事手当
()月分	支給無	全額支給	円	円	円	円
()月分	支給無	全額支給	円	円	円	円
()月分	支給無	全額支給	円	円	円	円
()月分	支給無	全額支給	円	円	円	円
()月分	支給無	全額支給	円	円	円	円

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者

⑩

電話

—

—

●注意事項●

- ・ 訂正した場合は、必ず事業所印を押してください。
- ・ 書類に未記入箇所がある場合、再度提出をお願いしています。すべて記入がある事を確認して、健保へ提出してください。

医師等の証明欄	出産日	平成・令和 年 月 日	出産予定日	平成・令和 年 月 日
	出生児の数	単胎児 ・ 多胎児(児)	生産死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヵ月 ・ 週)
	入院して出産したときは、その期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間		
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 ⑩ 電話 — —			

●注意事項●

この請求書は毎月8日迄に健保へ届いた分は当月の22日にお支払いいたします。但し、同日が休日の場合は前日支払となります。尚、書類に不備、不足がある場合や資格確認調査等により遅れる場合がありますので、ご了承ください。