

※賞金台帳・出勤簿の写しを添付してください。

被保険者が記入する欄	保 険 証	記号		番 号		被 保 険 者 の 氏 名 ・ 印		印
	被 保 険 者 の 住 所	(〒 -) (電話 - -)						
	労務に服することが出来なかった期間 (休日を含む)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間						
	出 産 年 月 日	令和 年 月 日		出産予定年月日		令和 年 月 日		
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		備 考 欄				

※保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間 (休日を含む)		欠勤は○で、有給は△で、出勤は×でそれぞれ表示して下さい。																														
			年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15															
	令和 年 月 日		年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
	から			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15															
	令和 年 月 日		年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
	まで		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15															
	日間		年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
			年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15															
			年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
			年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15															
労務に服さなかった期間中の報酬について記入してください。(給料の締切単位に記入)																																	
給料 締切日	日	計算期日		月 日 ~ 月 日		月 日 ~ 月 日																											
		基 本 給 1ヶ月		円		円		円																									
給料 支払日	日	() 手当 1ヶ月		円		円		円																									
		() 手当 1ヶ月		円		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 事業所 所在地 事業所 名 称 事業主 氏 名 印																																	

医師・助産師が証明する欄	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (月 週)	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日 医療機関 所在地 医療機関 名称 医師・助産婦 氏名 印				

上記のとおり請求いたします。

愛知紙商健康保険組合理事長 殿

委任状	この給付金の受領に関する権限を			に委任します。
	受 任 者	事業所名 (住 所)		
		氏 名	印	
被保険者(請求者)氏名 印				

健保組合処理欄	支給額	円	不支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
	支給期間	産前 年 月 日 ~ 年 月 日 日間	計 日間	取得 年 月 日
		延長 年 月 日 ~ 年 月 日 日間		喪失 年 月 日
		産後 年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
	支給額計算式 (2/3) 円 × 日 = 円		法58条 減額 円	標準報酬 月 額 千円