

被 保 者 欄	記号 一 番号 1-123456		フリガナ氏名(署名) 健保 華子	従業員番号 1234567	社内〒 1234
	被保険者住所 〒448-〇〇〇〇 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地		TEL - -		
	所属 〇〇部〇〇室・工場〇〇課	分娩 令和〇年〇月〇日		予定年月日 令和〇年〇月〇日	
	退職後(健康保険資格喪失後)の分娩ですか? ☒ はい ☐ いいえ		はいの場合は、分娩時に加入している健康保険証の写しを添付して下さい。		
	出産育児一時金の直接支払制度を利用しましたか? ☒ はい ☐ いいえ		いいえの場合は直接支払制度を利用しない旨が記載されている文書と、領収書のコピーを添付して下さい。		

振込先
※裏面<注意事項>4.⑤をご確認下さい。
健保登録口座がある事業所は、原則、健保登録口座に振り込みますので記入不要です。
詳しくは、デンソー健康保険組合HPをご覧ください。
【健保の給付】→ 病気やけがをしたとき → 健保登録口座がある事業所一覧

口座名義	
------	--

医 師 又 は 助 産 師 証 明 欄	分娩予定日 令和〇年〇月〇日	医療機関住所 刈谷市〇〇町〇〇丁目〇番地
	胎児数 ☒ 単胎 ☐ 多胎 (児)	医療機関名称 〇〇〇〇クリニック
	生死産別 ☒ 生産 ☐ 死産 (妊娠 週 日)	医師・助産師氏名 〇〇 〇〇〇
	証明年月日 令和〇年〇月〇日	電話番号 (〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

印

書 記 入 欄	【勤務・休務状況】 <カレンダーを記入する期間> ※勤務台帳 添付可 ・予定日通り又は予定日より早く分娩した場合は、分娩日より前42日(多胎は98日)から分娩日まで ・予定日より遅く分娩した場合は、予定日より前42日(多胎は98日)から分娩日まで		書記 〒 〇〇〇〇
	産休▽ 出勤○ 病 会社休日 有休・やすらぎ△ 無給公休▼ 午前有休◇ 午後有休◆		書記 所属 〇〇部〇〇 書記 TEL 551-〇〇〇〇〇 書記データ印 山 22.06.26 田
	※分娩日以降、産後56日が経過するまでに、出勤・有休等がある場合は、詳細を備考欄に記入して下さい。		
	分娩日 令和〇年〇月〇日	分娩予定日 令和〇年〇月〇日	産休開始日 令和〇年〇月〇日
	産後56日経過後の状況 1. 育児休業中 令和〇〇年 6月 27日～ 2. 退社(予定を含む) 令和 年 月 日付 3. 復職 令和 年 月 日～		備考欄

事 業 主 証 明 欄	出産手当金支給対象期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日	給与形態 1. 月給 2. 日給月給 3. 他()
	上記期間に支給した報酬 月分 手当 円	記入の通り相違ないことを証明する。
	株式会社デンソー以外の方は、必ず事業主証明を受けてから、事業主経由で提出して下さい。	
	月分 手当 円	名称 氏名 印

健 保 組 合 記 入 欄	資格取得日 H・R 年 月 日	資格喪失日 R 年 月 日	手当日額 円÷30日	室長	検討
	支給 産前 ～ 日間	合計日数	= 円	担当	受付
	産後 ～ 56日間	日間	= 円		
	支給対象日 ～ 単胎・多胎 (児)		= 円		
	産科医療制度 (有・無)	出産育児一時金合計 500千円・488千円・無	【備考欄】	= 円	

減額合計 円

2024.12 改定