

保険給付費 出産手当金 決定伺

令和 年 月 日

出 産 手 当 金	円	常務理事	事務局長	業務課長	係 長	係 員	ST入力
被保険者証記号番号	77	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	ここは何も記入しないでください。			
組 合 員 氏 名		支 給 期 間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日			
資格取得年月日	令和 年 月 日	備 考					

(上記は記入しないで下さい)

様式第 37 号

出産手当金支給申請書

※出手第 号

組合員が記入するところ	被保険者証記号番号	87- 1111	9876	事業主の証明	左記のとおり相違無いことを証明いたします。 令和 年 月 日 事業主に証明願います 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____	
	組合員氏名	左官 夏子	出生児氏名			※ 左官 三郎
	出生年月日	令和 3 年 11 月 15 日	出生児の加入した保険			当国保組合
	出生のため休業した期間	自 令和 3 年 10 月 1 日 至 令和 3 年 12 月 31 日	出産手当金を請求する期間			自 令和 3 年 10 月 6 日 至 令和 3 年 12 月 24 日
	分娩した産院の所在地名称	所在地 東京都新宿区西新宿1-2-3 名称 国保産婦人科				
	上記のとおり申請いたします。	令和 年 月 日				
組合員住所	東京都新宿区西新宿五丁目-6-7					
組合員氏名	左官 夏子					



全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長 殿 ※死産・流産等の場合、出生児氏名の記入は不要です。