

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	87-	出 産 年 月 日		令和 年 月 日			
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-				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 住所 _____ 氏名 _____ 印
	組合員氏名		出生児氏名				
	出生年月日	令和 年 月 日	出生児の加入した保険				
	出生のため休業した期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	出産手当金を請求する期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			
	分娩した産院の所在地名称	所在地 名 称					
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日						
組合員住所 _____							
組合員氏名 _____ 印							

