

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 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ください)

出産手当金支給申請書

様式第37号

※出手第 号

組 合 員 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 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		

