

保険給付費 出産手当金 決定伺

		平成 年 月 日					
		常務理事	事務局長	業務課長	係長	係員	ST入力
出産手当金 円							
被保険者証記号番		ここは何も記入しないでください。					日
組合員氏名		支給期間		自	年 月 日	至	年 月 日
資格取得年月日		平成 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- 1357	2468	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。 平成 年 月 日 事業主に証明願います。 事業主 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	平成 22 年 7 月 1 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 平成 22 年 5 月 22 日 至 平成 22 年 8 月 13 日	出産手当金を請求する期間			自 平成 22 年 5 月 22 日 至 平成 22 年 7 月 30 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4-5-3 名称 国保産婦人科				
	上記のとおり申請いたします。		平成 22 年 10 月 10 日			
	組合員住所	東京都新宿区西新宿1-2-3				
組合員氏名	左官 夏子		左官			

