

出産手当金決定 伺	支給額	円				常務理事	事務長	担当
	支給期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間						
	資格取得	昭和・平成・令和 年 月 日						
	資格喪失	令和 年 月 日						

※これより上欄は記入しないで下さい

店名

社員
番号

出産手当金請求書

ライフコーポレーション健康保険組合理事長殿 下記の通り請求します。

記入日 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と ころ	被保険者証の		被保険者の氏名	フリガナ		生年月日	昭・平 年 月 日	
	記 号	番 号						
	郵便	-	住所			電話	()	
	分娩前・分娩後の別		分娩前・分娩後	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日	
	分娩のため休んだ期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間					
	うえの期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたとき又は受けられるときは報酬額及び期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間				円	
	振込希望口座 ・被保険者名義を記入して下さい ・ゆうちょ銀行の支店名は漢数字3ケタです		金融機関名	銀行 農協 金庫 信組		本店 支店 出張所		口座種別
		口座番号			口座名義 (被保険者)	カタカナで記入		

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見	分娩予定日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 ヶ月)	出生児の数	単胎・多胎 (児)	
	分娩日	令和 年 月 日					
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
	令和 年 月 日 名称・所在地 医師・助産師名						

事 業 主 証 明	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間					
	支 払 う 報 酬 関 係	全額支給の場合	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間				金 円 日額 円 (令和 年 月 日支払)	
		一部支給の場合	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間				金 円 日額 円 (令和 年 月 日支払)	
		支給しない場合						
	上記のとおり相違ないことを証明する。							
令和 年 月 日 事業主 住所 氏名								