

出産手当金決定欄	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		フリガナ ケンボ ハナコ	被保険者の氏名 健保 花子 印	生年月日 昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	記 号	番 号					
	200	10000					
	郵便	○○○ー○ ○○○	住所	○○市○○町○○1-2-3○○マンション102号室		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	普通 当座	
	口座番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	口座名義(被保険者)	カタカナで記入 ケンボ ハナコ			

医師又は助産師の意見	分娩予定日	令和 年 月 日	生産・死産	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	分娩日	令和	医師又は助産師の証明を もらってください		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月				
	名称・所在地		医師・助産師名 印		

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 うえの期間中の分として	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	年 月 日支払)		
		一部支給の場合	令和	この欄は人事部給与厚生課で証明しますので 記入しないで下さい			
		支給しない場合		円 日額 円	年 月 日支払)		
	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 印						