

支給額	円			決	令和 年 月 日			
支給期間	自令和 年 月 日	至令和 年 月 日			理事長	常務理事	事務局長	担当者
一日当り支給額	円	日間	済					
取得日	平成 令和	年 月 日						

出産手当金支給申請（請求）書

被保険者証 記号・番号	79-	出産者の 氏 名	
出産年月日	平・令 年 月 日	出産者の区分	事業主・従業員・同一世帯家族
<p>※① 資格取得後6ヶ月以内の出産については支給できません。</p> <p>② この用紙の請求者氏名は、出産者の名前で記入してください。</p> <p>③ お支払いは出産日から30日後の月末となります。</p> <p>④ 出産を証明する書類（母子手帳の写し等）を添付してください。</p>			
<p>上記のとおり申請（請求）いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>出 産 者</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>東京美容国民健康保険組合</p> <p style="text-align: center;">理 事 長 殿</p>			

※太枠のみ記入し、記入・捺印もれのないようにしてください。

ゆうちょ銀行以外	銀行・金庫・組合		支店
	普通・当座	口座番号	
	フリガナ		
	氏 名		
電 話			
ゆうちょ銀行	普通・当座・貯蓄	記号	※ 番号
	フリガナ		
	氏 名		
	電 話		

どちらか一方に記入してください

支給台帳番号	
処 理 欄	
支給台帳	

※記号の6桁目がある場合は記入してください。