

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・枝番			出産者の氏名	
79-				
出産年月日	令和 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 氏名 (自署)</p> <p>東京美容国民健康保険組合 理事長 殿</p>				

※太枠のみ記入し、記入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。