

支給決定並支出伺

理事長	常務理事	事務長		係

支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	支給金額						
不支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	支給開始日	令和 年 月 日						

出産手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の記号番号	記号 10	番号 654321	標準報酬日額	円	
	被保険者(請求者)の氏名	熊谷 康子			被保険者の生年月日	昭和 6 年 0 月 4 日 平成 17 年 4 月 1 日
	被保険者(請求者)の住所	〒 360-3333	埼玉県熊谷市筑波3-1-3		電話	048 - 522 - 4444
	事業所の名称	(株)リケン熊谷事業所		資格取得年月日	昭和 17 年 4 月 1 日 令和	
	分娩年月日	令和 1 年 6 月 11 日				
	分娩のため休んだ期間	自 令和 1 年 5 月 1 日 至 令和 1 年 8 月 6 日	左の期間に報酬支払を受けたとき、又は受けられるときは、その期間及び報酬の額	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	円
	入院したとき	産院又は病院名	健康クリニック	所在地	埼玉県熊谷市銀座1-1	
		入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日 日間			

事業主の 証明欄	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	所在地
	上記期間労務に服さなかったことを証明 この部分は事業主に証明してもらって下さい		
	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	事業主名
	円支給した		

医師又は 助産師の 意見欄	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	この部分は出産した病院で証明してもらう(有料)か、 又は市区町村に提出する出生届のコピーを添付して下さい
	令和 年 月 日 分娩	
	令和 年 月 日 分娩	
	令和 年 月 日 分娩	

支払金融機関の欄	銀行	農協	本店
	中央労働	金庫	熊谷 支店
	口座番号	1 1 1 1 2 2 2	口座名義人
	普通・当座	(フリガナ) クマガヤ ヤスコ	

令和 1 年 8 月 20 日

受付印