

支給決定伺		常務理事	事務長		担当
支給決定	令和 年 月 日				
取得		喪失			
算定	標準報酬月額平均	□12ヶ月平均 □12ヶ月未満 □組合平均			
	円	給付日額	給付期間	給付日数	給付額
	上記金額 x 1/30	① x 2/3			
円①	円		日	円	備考

記号・番号	—					出産手当金請求書 (産前・産後)	
被 保 険 者 記 入 欄	社員番号	XXXX	被保険者氏名	大森 美智子			
	被保険者住所 ※ディスコグループ 在籍者は記入不要	〒 274 - 〇〇〇〇 千葉県八千代市本町2-8-909		TEL:	090 - 1234 - XXXX		
	分娩年月日	2022年 6月20日	分娩のため 休んだ期間	2022年 6月21日から 2022年 8月15日まで	56日間		
	給付金の受領について(どちらかにご記入下さい)						
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 在職中の方 事業主に委任します。			2022年 8月16日			
	<input type="checkbox"/> 2. 資格喪失後の方・在職で給与口座以外を希望の方						
	銀行	口座番号	(普通)				
	支店	口座名義	(カタナ)				

事 業 主 の 証 明	労務に服さな かった期間		日間
	上記期間中報酬 の全部又は一部 を支給した時は		円
	上記の通り相違ないことを 事業主(又は代理人) 住 所 氏 名	事業主が記入	

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分娩予定日		月)
	分娩年月日		
	上記の通り相違あ 医師又は助産師 住 所 氏 名	医師または助産師が記入	

※氏名が自署の場合は、捺印不要です。

※請求時に、被保険者記入欄「休んだ期間」と事業主の証明欄「労務に服さなかった期間」とが異なる場合には、事業主の証明に基づいて支給します。

支給決定については、後日配付する「給付金支給決定通知書」でご確認下さい。

人財部	担当

受付日付印

Rev.2023/4

ディスコ健康保険組合