

オムロン健康保険組合 行

退職後の出産手当金給付記録の回答書

扶養申請対象者
記入欄

退職した会社の被保険者の記号・番号

—

被保険者氏名

_____ (印)

*自署の場合は押印不要

生年月日

昭和/平成 年 月 日

出産予定日

令和 年 月 日

出産日

令和 年 月 日

退職した会社の被保険者記入・捺印欄

①被保険者の出産予定日

令和 年 月 日

②被保険者の出産日
(* 出産がまだなら空白)

令和 年 月 日

③出産手当金の支給(予定)期間

令和 年 月 日~令和 年 月 日

④出産手当金の支給(予定)日数

_____ 日

⑤支給(予定)日額

_____ 円

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

TEL

保険者名

(印)