

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

〇〇 — 〇〇〇〇〇〇

被保険者氏名

健保 太郎

印

*自署の場合は押印不要

生年月日

昭和 60 年 4 月 1 日

出産予定日

令和 6 年 11 月 12 日

出産日

令和 6 年 11 月 21 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 6 年 11 月 12 日

②被保険者の出産日
(* 出産がまだなら空白)

令和 6 年 11 月 21 日

③出産手当金の支給(予定)期間

令和 6 年 10 月 2 日 ~ 令和 7 年 1 月 7 日

④出産手当金の支給(予定)日数

98 日

⑤支給(予定)日額

11,670 円

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 7 年 5 月 10 日

所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

保険者名 〇〇健康保険組合 印