

出産給付手続依頼書

Uplus LLC・ADR 社会保険労務士法人 御中

社員（正社員・パート・アルバイト）に出産に関する保険給付事項が発生したため手続きを依頼します。

年 月 日

会社名

担当者名

印

フリガナ		生年月日	T・S 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
住所			
職種		TEL	
雇入年月日	S・H 年 月 日	職種経験期間	

休業日	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
休業見込	月・週・日		
特記事項			
診療されている病院名			

分娩日	平成 年 月 日	生産・死産	生産児数 人 死産児数 人
フリガナ		妊娠経過時間	ヶ月 週
出生児氏名		出生児の続柄	
配偶者氏名		配偶者生年月日	平成 年 月 日