

傷病・出産手当金支給(見込み)証明書

令和 年 月 日

東レ健康保険組合 御中

所 在 地

健康保険組合名

担 当 者

印

下記のとおり証明します。

被保険者氏名	
生年月日	S · H 年 月 日
支給(見込み)期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日
支給(見込み)額	円