

国民健康保険出産手当金支給申請書

組合員記載欄	被保険者証	建設			被保険者氏名			
	記号・番号	生年月日	年	月	日生
	出生児氏名					出生児性別	男・女	
医師の証明	分娩年月日	年	月	日	生産 (単胎 ・ 多胎)			
	入院年月日	年	月	日から	年	月	日迄	日間
	上記のとおり証明します。				医療機関名	_____		
				年	月	日	医師氏名	_____ (印)
事業所の証明	分娩のため休んだ期間	年	月	日から	年	月	日迄	日間
	賃金を払わなかった期間	年	月	日から	年	月	日迄	日間
	上記のとおり証明します。				事業所名	_____		
				年	月	日	事業主氏名	_____ (印)
<p>上記のとおり、出産手当金の支給を申請します。</p> <p>尚給付金は、下記金融機関の口座へ振込み願います。</p> <p>年 月 日</p> <p>埼玉県建設国民健康保険組合 理事長 様</p> <p>組合員 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ (印)</p>								

振込先	銀行 本店	
	金庫 支店	
	農協	
口座番号	普通	No.
フリガナ	-----	
名義人		

支給金額	通院	×	日=	円
	入院	×	日=	円
	合計	円		
地本取扱者印		受付印	支払印	