

出 産 手 当 金 支 給 申 請 書

記号・番号	36 -	組合員氏名	
		資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日
分娩年月日	令和 年 月 日	分娩のため 入院した期間	令和 年 月 日から
			令和 年 月 日まで

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

組合員住所 _____

氏 名 _____

神奈川県建設連合国民健康保険組合 理事長 殿

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄

入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
------	----------------------

神奈川県建設連合国民健康保険組合員 _____ が
上記の期間、分娩のため入院していた事を証明します。

令和 年 月 日

所 在 地 _____

医療機関名称 _____

担当医師・助産師氏名 _____

支給 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	支給 日数	日	支給 金額	円
----------	---------------------	----------	---	----------	---

決 裁	常務理事	事務局長	処 理	支部	支部長印	係 印	支 部 名		受 付 印
	決 定 年月日			本 部	給付課長	点 検	入 力	受付番号	
	決 定 金額								