

出産手当金支給申請書

記号・番号	36 - 12345678	組合員氏名	建設 花子
		資格取得年月日	昭・平 令 27 年 6 月 23 日
分娩年月日	令和 2 年 8 月 1 日	分娩のため入院した期間	令和 2 年 8 月 1 日 から 令和 2 年 8 月 6 日 まで

上記の通り申請します。

令和 2 年 8 月 12 日

組合員住所 横浜市神奈川区神奈川2-19-〇

氏名 建設 花子

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 氏が

上記の期間、分娩のため入院していた事を証明します。

※産院記入欄

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	常務理事	事務局長	支	支部長印	係 印	支 部 名		受 付 印
	決 定 年 月 日	決 定 金 額		本	給付課長	点 検	入 力	
裁			理					