

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 令和 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 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 | | | 部 | | | | | |
| | | | 理 | | | | | |