

# 出産手当金支給申請書

様式 9-2

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	支給決定日	令和	年	月	日	入 力
							支給決定額					
記 号 番 号		新 建				組 合 員 名						
						加 入 年 月 日		年 月 日				
分 娩 年 月 日		令 和 年 月 日				出 生 児 名						
分 娩 の 種 別		正 常 ・ 異 常				申 請 額		円				
受取人の支払金融機関		金融機関名		店名	預金種別	口座名(カナ/漢字)		口座番号		支 部 名	支 部 長 印	
						カナ 漢 字						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>新潟県建築国民健康保険組合 理事長様</p> <p>申請人 住所 氏名</p>												

※ 母子手帳(写)を添付してください。