

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						円
被保険者証 の記号、番号		新建				—	組 合 員 名						
分娩年月日		令和				年	月	日	加 入 年 月 日		年	月	日
分娩の種別		正常				・	異常	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								
<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。