

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						
被保険者証 の記号、番号		新建 一					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>申請人住所 氏名</p> <p>新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿</p>														

※ 母子手帳(写)を添付してください。