

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						
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	申 請 額					円
					カナ					支 部 名		支 部 長 印		
					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 理事長殿</p> <p>申請人 住所 氏名</p>														

※ 母子手帳(写)を添付してください。