

決定決裁年月日	令和 年 月 日	決定伺起案 年 月 日	令和 年 月 日	年 月 日
支給対象日数	日	副理事長	常務理事	局長
支給決定額	円			主任
				係
				支部長
				係

## 出産手当金支給申請書

支部 番号	被保険者証 の記号番号	組合員氏名 生年月日	昭・平 年 月 日
分娩年月日	令和 年 月 日	労務不能 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間

医 師 の 証 明 欄	入院の期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間
	業務に服さな かった期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間
	分娩日及び経過  上記の記載事項に相違なきことを証明する。  住所 (医療機関所在地) 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 医師及び助産婦氏名 _____ (印)		

上記のとおり出産手当金の支給を申請します。

令和 年 月 日

組合員 住 所  
氏 名

三重県建設国民健康保険組合理事長 殿

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 ( ) 確・郵  
組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ( )