

(様式第21号)

年 月 日 決定					円	
本件、支給してよ ろしいか						

長野県建設国民健康保険組合 出産手当金支給申請書 (第 回目)

記組合 載欄員	記号・番号	建	組合員氏名		
			生 年 月 日	昭・平 年 月 日	
	種別 (○印をつける)	特1種・第1種・第2種・第3種・第4種・第5種・第6種			
及保 び 保 険 医 療 機 関 の 意 証 見 明	分娩の状態 (○印をつける)	正常分娩・異常分娩	傷 病 名 (異常分娩の場合のみ記入)		
	入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	分娩日	年 月 日	
	分娩の経過 所 見 (異常分娩の場合のみ記入)				
	保険医療機関 の名称又は 保 険 医 の 氏 名 印	年 月 日 保険医療機関の 所在地及び名称 保険医の氏名 (印)			

上記のとおり申請します。

(〒 -)

年 月 日

組合員 住 所

氏 名 (印)

電話番号 ()

所属組合 の 確 認	組 合 名 及 び 組 合 長 氏 名		処 理 年 月 日	
	(印)		(受付)	年 月 日
			(請求)	年 月 日

1日支給金額	※	円	確定支給日数	※	日	支給金額	※	円
--------	---	---	--------	---	---	------	---	---

(注) 「※印のある欄」は記入しないで下さい。

給付金は、あらかじめ届け出いただいた口座に振り込みます。