

理事	局長	課長	課長補佐	担当	記号・番号 88-	決定日	令和	年	月	日			
						組合員氏名							
支給期間		令和				年	月	日	～	令和	年	月	日
						資格喪失	昭・平・令	年	月	日			
備考	4,000円 × 日 = _____ 円				支給金額							円	

出産手当金支給申請書

(本枠の中をご記入ください)	組合員記入欄	被保険者証 記号・番号	88- .									
	組合員氏名											
	出産年月日											
	出産手当金を請求する期間及び日数	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	請求金額	円
事業主証明欄	上記のとおり申請します。 なお、出産手当金の受領を下記受任者に委任します。											
	令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 <div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">東京建設職能国民健康保険組合 理事長殿</div>											
上記のとおり相違ないことを証明します。												
令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名												

受任者 (組合長)	支部名	_____
	住所	_____
	氏名	_____

受付日
