

支給額	円	理事・事務局長・主幹部責任者	担当者	支部長	出張所長
《記載例》					
出産日	平成 年 月 日				
支給期間	日間	労務不能期間	日間	取得	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	喪失	年 月 日
赤字の部分のみ記入して下さい。					

全国建設工事業国民健康保険組合 出産手当金請求書

様式第14号

被保険者証記号・番号										組合員氏名		
93-	1	3	9	9	-	5	3	0	0	0	1	山田博子

※太枠の中を記入してください。

出産児の氏名	山田 巧	出産年月日	平成 29年 1月 5日
出産のため労務不能であった期間	平成 28年 12月 1日 から 平成 29年 3月 31日 まで 121日間		

証明を受ける欄	出産年月日	平成 29年 1月 5日	備考
	出産のため労務不能と認めた期間	平成 28年 12月 1日 から 平成 29年 3月 31日 まで 121日間	
	<p>上記のとおり出産のため労務に服することができなかったことを証明します。</p> <p>平成 29年 4月 6日</p> <p>証明者（医師・助産婦・<u>事業主</u>）</p> <p>住所 東京都中央区西新町3-5-9</p> <p>名称 平井建設(有)</p> <p>氏名 平井 武男 印</p>		

※証明をいただいでください。

事業主等から証明をもらってください。

上記のとおり請求します。なお、支給される給付金は下記の口座に振込みください。											
平成 29年 5月 6日				全国建設工事業国民健康保険組合 理事長 殿							
組合員（請求者）	住所	(〒115-5139) 電話 03(5629)8275 東京都中央区中通5-8-20									
	フリガナ氏名	ヤマダ ヒロコ 山田 博子 印 組合員との続柄（本人）									
振込先金融機関	金融機関コード	7	6	1	0	支店コード	1	6	7		
	国保 信用金庫 漁協 中通 出張所 信用組合 労働金庫										
	預金種別	普通	2.当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人	(カタカナで記入) ヤマダ ヒロコ									

※太枠の中を記入してください。

- 組合員本人が死亡した場合のみ、法定相続人が上記に記入・捺印の上、組合員との関係が分かる書類を添付してください。
- 郵便局への口座振込みはできません。
- 口座名義人は、必ず組合員(請求者)氏名と同一のものを記入してください。
- ※「〇〇ケンセツ」「〇〇クミアイ」等、事業所名義や団体名義等への口座振込みはできません。
- 記入内容を訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。