

支給額	円	出産日	令和 年 月 日		
支給期間	日間	労務不能期間	日間		
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
				取得喪失	年 月 日

全国建設工事業国民健康保険組合
出 産 手 当 金 請 求 書

様式業第14号

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号										組 合 員 氏 名			
93-					-								

出生児の氏名		出産年月日	令和 年 月 日
--------	--	-------	----------

※ 証 明 を 受 け る 欄	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	備 考	
	出 産 の た め 労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
	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。 令和 年 月 日 住 所 事業所名 事業主名			

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。 令和 年 月 日 全国建設工事業国民健康保険組合 理事長 殿									
請求者 (組合員)	住所 電話	(〒 -) 電話 ()							
	氏名	(ふりがな)			組 合 員 と 請求者の続柄				
振 込 先 金融機関	金 融 機 関 コ ー ド				支 店 コ ー ド				
	銀 行 農 協 信用金庫 漁 協 信用組合 労働金庫 本店 支店 出張所								
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄			口座番号 ※右詰め				
	口 座 名 義 人		(カタカナで記入)						

○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の上、組合員との関係がわかる書類（戸籍謄本等）を添付してください。
○口座名義人は、必ず請求者（組合員）氏名と同一のものを記入してください。
※「〇〇ケンセツ」「〇〇クマイイ」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。

★ジェネリック医薬品で薬代を節約

新薬と同等の品質で安価なジェネリック医薬品。
切り替えの意思表示シールをお薬手帳等に
貼ってこの薬に切り替えて節約しましょう。

受付年月日	本部	支部	出張所

※太枠の中を記入してください。 ※証明をいただってください。