

|               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 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 |

※記入内容の消滅等を防ぐため、鉛筆やインクの消せるボールペン（フリクションボール等）を使用しないでください。

※「証明を受ける欄」及び「請求者（組合員）」欄が社判・ゴム印の場合は、押印が必要です。

※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。

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-               | 1 | 3 | 9 | 9 | - | 5 | 3 | 0 | 0 | 0         | 1 | 建 設 花 子 |

|        |       |       |                |
|--------|-------|-------|----------------|
| 出生児の氏名 | 建設 五郎 | 出産年月日 | 令和 7 年 3 月 7 日 |
|--------|-------|-------|----------------|

|                                      |                                                                                                     |                                                |        |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------|--|
| ※<br>証<br>明<br>を<br>受<br>け<br>る<br>欄 | 出 産 年 月 日                                                                                           | 令和 7 年 3 月 7 日                                 | 備<br>考 |  |
|                                      | 出産のため労務不能と認めた期間                                                                                     | 令和 7 年 2 月 1 日 から 120 日間<br>令和 7 年 5 月 31 日 まで |        |  |
|                                      | 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。<br>令和 7 年 9 月 1 日<br>住 所 中央区大工町9-8-7<br>事業所名 健康建設<br>事業主名 健康 太郎 |                                                |        |  |

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 7 年 10 月 1 日 全国建設工事業国民健康保険組合 理事長 殿

|                  |                                           |                                                         |       |       |              |           |                                                             |   |   |   |   |   |
|------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|-------|--------------|-----------|-------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 請求者<br>(組合員)     | 住所<br>電話                                  | (〒 103 - 0015 ) 電話 03 ( 5652 ) 7001<br>東京都中央区日本橋箱崎町12-4 |       |       |              |           |                                                             |   |   |   |   |   |
|                  | 氏名                                        | (ふりがな) ケンセツ ハナコ<br>建設 花子                                |       |       |              |           | 組 合 員 と 請求者の続柄<br>① 組合員本人<br>② 組合員本人以外 ( )<br>※ ② は組合員死亡時のみ |   |   |   |   |   |
| 振 込 先<br>金 融 機 関 | 金 融 機 関 コ ー ド                             | 1                                                       | 2     | 3     | 4            | 支 店 コ ー ド | 5                                                           | 6 | 7 |   |   |   |
|                  | 国 保 銀行 農 協 東京 本店<br>信用金庫 労働金庫 出張所<br>信用組合 |                                                         |       |       |              |           |                                                             |   |   |   |   |   |
|                  | 預金種別                                      | ① 普通                                                    | 2. 当座 | 3. 貯蓄 | 口座番号<br>※右詰め | 7         | 6                                                           | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|                  | 口 座 名 義 人                                 | (カタカナで記入) ケンセツ ハナコ                                      |       |       |              |           |                                                             |   |   |   |   |   |

○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。

★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 |
|       |    |    |     |