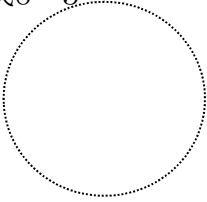


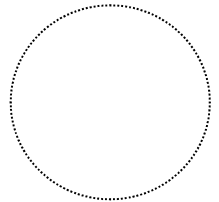
様式6-5

県支部受付印



決裁欄	事務局長	業務課長	係長	係	支給決定額	円
	ここには何も記入しないでください。					

本部受付印



太枠の中をご記入ください。



出産手当金支給申請書

(注)この申請書は、「出産育児一時金・出産祝い金申請書」と一緒に提出してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	92 - ○○ - ○○○○○○			
	組合員の 氏名	氏名	板金 未来		
		生年月日	昭和 平成	○○年○○月○○日	生
	分娩の年月日	平成 ○○年○○月○○日			
	入院した 医療機関 の名称	名称	○○マタニティクリニック		
		所在地	東京都 ○○区 ○○1-1-1		
	出生児の氏名	板金 拓			
母親の資格 取得年月日	昭和 平成	○○年○○月○○日	出産手当金 申請額	320,000円	

当組合の資格を取得する前の保険関係	○○市国民健康保険	○○年○月～○○年○月まで
-------------------	-----------	---------------

上記のとおり申請します。

平成 ○○年○○月○○日

住所 東京都港区三田4-4-4

組合員

氏名 板金 未来



↑
組合員が申請してください。

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿