

(様式17-2号)

令和 年 月 日 支給

支部長印

支給期間 自 令和 年 月 日 産前日 円 産後日 円 支給額 円

担当者

出産手当金支給申請書

被保険者証記号・番号 宮建 組合員の種別 第 種 組合員(分べん者)氏名 分べんの日 令和 年 月 日 正常分べん又は異常分べんの別 正常・異常 生産、流産、死産の別 生産・流産・死産(妊娠 週) 分べんのため労務不能と認められた期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 上記期間中入院した期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 医師又は助産師の証明 上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 医療施設等所在地 医療施設等名称 医師・助産師の氏名

公金受取口座を利用します。(希望者は□にチェック) ※公金受取口座を利用する場合は、次の振込金融機関の記入は不要です。 振込金融機関 銀行名 銀行 信金 信組 農協 労金 その他 支店名 本店 支店 預金の種類 普通・当座・貯蓄 口座番号 (組合員様名義の口座) ※ 組合員様名義の口座へ振り込むこととなります。(ご家族の方や、事業所名義は対象外です。) 申請に必要なもの ・申請書内に医師又は助産師の証明 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 郵便番号 電話番号 組合員住所 フリガナ氏名 (申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長