

◆◆ 準組合員対象 ◆◆

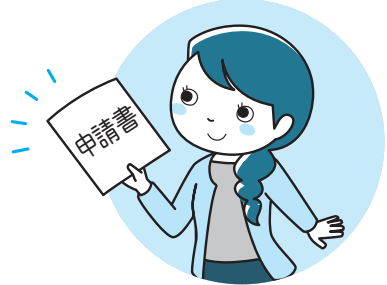
令和3年4月から 出産手当金の支給が始まります

支給対象となる方

準組合員(従業員)本人が対象で勤務先の歯科医院に継続して2年加入している方が産休により業務に服さなかった場合に支給されます。

申請方法

出産手当金支給申請書に必要事項を記入し、医師・助産師の証明を受け(または母子健康手帳のコピーを添付)当国保組合にご提出ください。
※正組合員からの申請をお願いします。



支給対象となる期間

支給対象者が準組合員となって継続して2年経過した日の翌日からとなり、産前6週間(出産日を含む42日間)及び産後8週間(56日間)のうち産前産後合せて90日間



支給金額

90日を限度に
1日1,000円
※最高支給額90,000円



出産手当金支給申請書

申請者(対象者)記入欄		被保険者記号番号			
対象者氏名 (準組合員本人であること)					
出産日		令和	年	月	日
出産(産前)の ための申請 期間 (産前)	産前 (出産日を含めて 42日まで)	自	令和	年	月 日
		至	令和	年	月 日
合計				日間	
産後 (出産日翌日より 56日まで)	産後	自	令和	年	月 日
		至	令和	年	月 日
合計				日間	
上記のとおり申請いたします。					
令和 年 月 日					
住所 〒 -					
氏名					
連絡先 ()					
受知県歯科医師国民健康保険組合理事長様					
振込先金融機関名		銀行 信用 農業		金庫 総合 本店名	
口座番号		1 普通・2 当座		店	
フリガナを必ず記入してください 口座名義人氏名		フリガナ			

※申請の際は、裏面に医療施設及び事業主の証明欄を記入の上、産休終了後に申請して下さい。
なお組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用する事はありません。