

# 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		
出産の ため 申請 した 期間	産前 (出産日を含めて 42日まで)	自	令和	年	月	日	合計
		至	令和	年	月	日	日間
	産後 (出産日翌日より 56日まで)	自	令和	年	月	日	合計
		至	令和	年	月	日	日間
上記のとおり申請いたします。							
令和 年 月 日							
住所 〒 -							
氏名 <span style="float: right;">印</span>							
連絡先 ( ) -							
愛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 金庫 組合 農協			本支店名	店		
口座番号	1 普通・2 当座						
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、裏面を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は、組合業務の目的以外に使用する事はありません。

### 医師・助産師証明欄

令和 年 月 日 [生産・死産( 週)]したことを証明する。

医師・助産師

医療施設住所

(医療施設名)

医療施設医師・助産師氏名

㊞

証明年月日 令和 年 月 日

※この欄による医師、助産師の証明または母子健康手帳のコピー(市町村の証明欄)を添付して申請して下さい。なお、先に組合に出産育児一時金の申請を済ませた方は、上記の証明は必要ありません。

### 事業主(正組合員)証明欄

#### 《申請者の勤務状況》

★下記に産前産後休んだ日は○、出産日は◎でご記入ください。(土日、祝日を含む)																計 (休んだ日)	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

上記のとおり(または別紙書類のとおり)であることを証明します。

診療所住所

診療所名

正組合員氏名

㊞

証明年月日 令和 年 月 日

※この欄による正組合員の証明または出勤簿のコピー等(産休の期間が確認できる書類)を添付して申請して下さい。