

# <記入例>

# 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	〇〇〇〇-△△△ 記号番号4桁-3桁をご記入ください	
対象者氏名 (準組合員本人であること)	名古屋 花子	
出産日	令和 3 年 5 月 8 日	
出産の(ため申請休暇)期間	産前 (出産日を含めて42日まで)	自 令和 3 年 4 月 1 日 合計 至 令和 3 年 5 月 8 日 39 日間
	産後 (出産日翌日より56日まで)	自 令和 3 年 5 月 9 日 合計 至 令和 3 年 7 月 2 日 56 日間

上記のとおり申請いたします。

令和 3 年 8 月 10 日

住所 〒 460 - 0002  
名古屋市中区丸の内〇-〇-〇 △△マンション102

氏名 名古屋 花子 印

連絡先 ( 080 ) 〇〇〇〇 - ×××× 本人ご捺印

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	三菱UFJ <span style="font-size: small;">銀行 信用 金庫 組合 農協</span>	本支店名	本店営業部	店
口座番号	①普通・2当座 1234567			
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 ナゴヤ ハナコ 名古屋 花子			

### ～ご申請頂く時の注意事項～

- ・支給対象となる支給期間は準組合員となって2年経過した日の翌日からとなります。
- ・産前6週間(42日)、産後8週間(56日)において業務に服さなかった日(90日を限度とする)

死産・中絶の場合は12週を超えていればご申請いただけます

## 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 印

証明年月日 令和 年 月 日

母子手帳のコピー(市町村の証明欄)を添付してください。  
コピーできない場合は医師・助産師の証明が必要です。(住所・ご署名・ご捺印)

※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

出産日は産前に含みます 産前8日+産後23日

＜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)

3 年 4 月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲	31 日
3 年 5 月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲	31 日
3 年 6 月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲	31 日
3 年 7 月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲	2 日

産前6週間(42日: 出産日を含む)、産後8週間(56日)のみ○および◎をうってください  
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 名古屋市中村区△丁目△-△

診療所名 名古屋歯科クリニック 正組合員(院長先生)ご捺印

正組合員氏名 愛 齒 太 郎 印

証明年月日 令和 3 年 9 月 1 日 産休終了後に申請して下さい

※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。