

| | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|------|------|-------|----|------------------------------|
| よろしいか。 本件、支給して | 一般 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | | | | | (1日1,500円×日) (加算2,000円×日) |
| | 入院 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | | | | | |
| | 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 事務局次長 | 課長 | 係 |
| | | | | | | 円 |



国民健康保険 出産手当金支給申請書

(第 回目)

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| 被保険者証番号 | | 枝番 01 | 出産した 組合員氏名 |
| 医療機関等の 証明及び医師等の 意見 | 出産の日時 | 令和 年 月 日 | 午前 時 分 午後 時 分 |
| | 出産の日を含めて 入院・入所期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 |
| | 出産の状況及び 経過(死産・流産 等の場合はその旨 及び月数) | | |
| | 医療機関等の 名称・所在地及び 医師等の氏名・印 | 令和 年 月 日 | 医療機関等の 所在地及び名称 医師等の氏名 ⑩ |

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住所

組合員

氏名

兵庫県建設国民健康保険組合理事長 殿

| | | | |
|----------------|---|----------|--|
| 母体組織の 代表者証明 | 上記の組合員は、出産のため 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間、業務に服することができなかったことを証明します。 | 処理年月日 | |
| | 組合名・支部名 | 令和 年 月 日 | |
| | 代表者氏名 | 担当者 | |