

令和 年 月 日決定

本件、よろしいか。 支給して	一般 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間						〔1日1,500円× 日〕 〔加算2,000円× 日〕
	入院 平・令 年 月 日から 平・令 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 の記号番号		283093-		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	平成・令和 年 月 日		午前 午後		時 分	
	出産の日を含めて 入院・入所期間	平成・令和 年 月 日から 平成・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 印	

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
..... 印

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 平成・令和 年 月 日から 平成・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。 組合名又は支部名 代表者氏名 印	処 理 年 月 日	
		担当者	