

よろしいか。 本件、支給して	一般 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間 入院 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)
	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	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 ①	

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 ----- ①

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。	処理年月日 令和 年 月 日
	組合名・支部名 -----	担当者
	代表者氏名 ----- ①	