

令和 年 月 日決定

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 回日)

被保険者番号		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
	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		印

上記のとおり申請します。

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	