

本 よ ろ し い か。 支 給 し て	一般	平成	年	月	日から	日間	〔1日1,500円×日〕 〔加算2,000円×日〕
		平成	年	月	日まで		
	入院	平成	年	月	日から	日間	円
	平成	年	月	日まで			
	理事長	常務理事	事務局長	事務局次長	課長	係	

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 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 年 月 日から 平成 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	平成 年 月 日	医療機関等の 所在地及び名称 ----- 医師等の氏名 ㊟

上記のとおり申請いたします。

平成 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 平成 年 月 日から 平成 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	
	組合名又は支部名 -----		
	代表者氏名 ----- ㊟	担当者	