

出産手当金支給申請書

種組合員

記号・番号	全歯	組合員 氏名			
出産日	年 月 日				
出産のため休んだ期間 (申請期間)	産前	年	月	日から	合計 日間
		年	月	日まで	
	産後	年	月	日から	合計 日間
		年	月	日まで	

(フリガナ)			
振込先	銀行・信金	店	
	信組・農協	出張所	
口座番号			
口座種別	普通 ・ 当座		
(フリガナ)			
通帳名義			

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒

住 所

氏 名

印

※自署の場合は
押印省略可

電話番号 (- -)

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

支給金額	
------	--

係



支部長	支部常務	係



※申請の際は、裏面を医療施設及び事業主の証明欄を記入のうえ産休終了後に申請して下さい。
なお、組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。

医師・助産師証明欄

年 月 日 [生産・死産 (週)]したことを証明する。

医師・助産師

医療施設住所

医療施設医師・助産師氏名

㊟

※自署の場合は
押印省略可

証明年月日

年 月 日

※この欄による医師、助産師の証明又は母子健康手帳のコピー(市町村の証明欄)を添付して申請して下さい。

事業主証明欄

【申請者の勤務状況】 ※下記に産前産後休んだ日は○、出産日は◎でご記入下さい。(土日、祝日を含む)																計 (休んだ日)	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

上記のとおり証明します。

診療所名

住 所

氏 名

㊟

※自署の場合は
押印省略可

証明年月日

年 月 日

※この欄による事業主の証明又は出勤簿のコピー等(産休の期間が確認出来る書類)を添付して申請して下さい。