

| | | |
|--------|-----|------|
| 受 付 | 支 部 | 国保組合 |
| | | |

出産手当金支給申請書

東京土建国民健康保険組合理事長 殿

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------|--------|-----|---|------|-----------|--------------|-------|---|---|
| 申 請 者 記 入 欄 | 記 号 | 91- | 番 号 | | 国保種類 | | 種 | | | |
| | 組合員氏名 | | | | Ⓜ | 生年月日 | 昭平 | 年 月 日 | | |
| | 住 所 | (〒 -) | | | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | 電話 () | | | | | | | | |
| | 勤 務 先 | 電話 () | | | | | | | | |
| | 出産年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 生産または死産の別 | 生産・死産 (妊娠 週) | | | |
| | 出産のため業務に服さなかった期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | から | 平成 | 年 | 月 | 日 |

上記のとおり申請します。支給される給付金は、先に届け出た郵便貯金口座届により振込みください。

平成 年 月 日

あなたの国保種類は何ですか？ あてはまる欄に○をしてその下の休業証明を受けてください。

| | |
|------|--|
| 法人A種 | |
| 法人B種 | |
| 法人C種 | |

| | |
|-----|--|
| 第1種 | |
| 第2種 | |

| | |
|-----|--|
| 第3種 | |
| 第4種 | |
| 第5種 | |

事業主が親族の場合

群長・分会長による休業証明

事業主による証明(親族の場合は証明できません)

上記の期間、労務に服さなかったことを証明します。

平成 年 月 日

群長・分会長 (いずれかに○)

住所

氏名 Ⓜ

上記の期間、労務に服さなかったことを証明します。

私は、上記の組合員の親族ではありません。

平成 年 月 日

事業所名

住所

代表者名 Ⓜ

支給の要件

- 国保組合に本人として加入してから1年を経過して出産(妊娠12週以上の生産・死産・流産)したとき、出産の前日42日以内、出産の日以後56日以内において業務に服さなかった期間支給されます。

申請上の注意

- 出産育児一時金の申請も同時にしてください。
- 出産のための入院でも産前産後の期間内は出産手当金の申請となります。

組合員本人が死亡し、法定相続人が申請する場合は下記に記入・捺印の上、組合員との関係がわかる書類を添付してください。

| | | | | | | |
|-------|--------------------|--|--|----|---------|--|
| 申請者氏名 | | | | Ⓜ | 組合員との続柄 | |
| 住 所 | (〒 -) | | | 電話 | () | |
| 口座名義 | | | | | | |
| 郵便局 | — | | | | | |
| 銀 行 等 | 銀行・信用金庫・信用組合・農協・漁協 | | | | | |
| | 支 店 | | | | | |
| | 普通・当座・貯蓄 | | | | | |

* 申請書に記入した内容を訂正する場合は、訂正したところに捺印してください。