

決定 伺	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長

決定額
円

出産手当金支給申請書

対象の日数は

産前(分娩日含む)20日・産後50日以内で、
労務に服さなかった期間です。

被保険者証 記号・番号	岡 304	ア〇〇〇〇	
組合員 氏名	建設 花子	加入年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 5 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和
分娩日	令和 5 年 1 月 1 日	※傷病手当金との重複給付はできません	
休業期間	令和 4 年 12 月 13 日 から 令和 5 年 2 月 20 日 までの(70)日間		

事業主の 証明欄	労務に服さなかった期間	
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの()日間	
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日
	事業所 住所 名称 事業主 氏名	事業主の証明をもらってください。

必ず印鑑を押してください。

上記のとおり申請します。

5 年 1 月 1 日

住所 岡山県岡山市北区駅元町23-12

岡山県建設国民健康保険組合 殿

組合員
(申請人)

氏名 建設 花子

建設
印

組合員の個人番号
(マイナンバー)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

身元 確認欄	① 確認者	<input type="checkbox"/> 支部 ()
	② 届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 () ※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()