

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

被保険者証 記号・番号	岡 304	
組合員 氏名	加入年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
分娩日	令和 年 月 日	※傷病手当金との重複給付はできません。
休業期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの( )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	印

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所

組合員  
(申請人)

岡山県建設国民健康保険組合 殿

氏名

印

組合員の個人番号  
(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 ( )	