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 記号・番号	岡 304			
組合員	氏名		加入年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 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　㊞

上記のとおり申請します。

年　月　日

岡山県建設国民健康保険組合　殿

組合員（申請人）

住所

氏名　㊞

組合員の個人番号（マイナンバー）

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