

出産手当金支給申請書

東京土建国健康保険組合理事長 殿

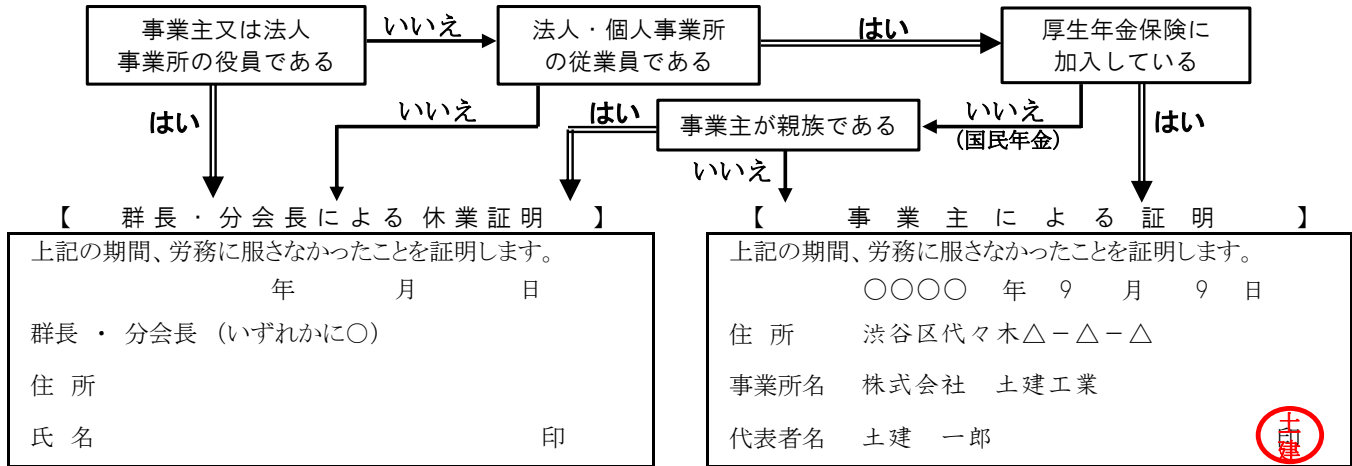
受 付	支 部	国保組合

申 請 日	〇〇〇〇年 9 月 10 日
-------	----------------

申 請 者 記 入 欄	記 号	91 - 99	番 号	99999	国保種類	第3種
	組合員氏名	土建 花子		生年月日	△△△△年 12月 19日	
	住 所	(〒 169 - 0074) 電話 03 (5348) 2985 東京都新宿区北新宿1-8-16				
	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週)		出産種別	単胎・多胎	
	出産年月日	〇〇〇〇年 6月 23日				
	出産のため業務に服さなかった期間	〇〇〇〇年 5月 1日から 〇〇〇〇年 8月 31日まで				

上記のとおり申請します。なお、支給される給付金は、先に届け出たゆうちょ銀行総合口座に振り込んでください。

★ あてはまる証明者からその下の休業証明を受けてください。



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)をしたとき、出産の日以前42日(多胎の場合は98日※)以内、出産の日後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

○出産のための入院でも産前産後の期間内は疾病入院給付金ではなく、出産手当金が対象となります。

※ **組合員本人が死亡**し、法定相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合

組合員死亡に伴い、私が申請した出産手当金の受取に関する責任は、相続人である私が負いますので、貴国民健康保険組合に対して一切ご迷惑をおかけしません。

相続人代表者氏名 (受取人)	被相続人との関係	
住 所	(〒 -) 電話 ()	
振 込 先	口座名義	
	ゆうちょ銀行	
	銀行等	銀行 農協 信用金庫 漁協 信用組合 労働金庫 支店
	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	

上記に記入の上、組合員との関係が分かる書類(戸籍謄本・遺言書の写し等)を添付してください。

国保記入欄	支給決定額	処 理	入 力	確 認
	円			
	支給決定年月日			
	年 月 日			