

承認欄	理事長	常務理事	事務局長	担当者

振込銀行をご記入下さい		
銀行	信金	支店
普 当 No.		
フリガナ 名 義		

出産手当金支給申請書

被保険者証の 番 号		准組合員 の氏名		生年 月日	年 月 日
資格取得日	年 月 日	分 娩 年 月 日		年 月 日	
新生児氏名		准組合員 との続柄			
勤務先の医師 氏名(組合員)					

上記のとおり申請します。

年 月 日

准組合員住所 〒

氏 名

TEL

印

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 支 給 決 定 欄	出産手当金支給対象期間	年 月 日から 年 月 日迄 日間	備 考
	(第1回目支給 年 月 日) 年 月 日～ 年 月 日迄 (日間) @ 円× 日間=		
	(第2回目支給 年 月 日) 年 月 日～ 年 月 日迄 (日間) @ 円× 日間=		
	(第3回目支給 年 月 日) 年 月 日～ 年 月 日迄 (日間) @ 円× 日間=		

○二親等以内の家族が准組合員として加入している場合は支給いたしません。

※欄は記入不要