

事 務 連 絡
令和 年 月 日

組 合 員 様

全国歯科医師国民健康保険組合
新潟県支部

出産手当金の支給について

平素はご協力とご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当組合では組合員本人が出産のため、産前産後お仕事をお休みした期間について、申請により1日につき1,500円支給します。(平成30年4月開始制度)

つきましては、給付を受ける方は申請用紙をご記入の上、歯科医師国保組合新潟県支部まで申請くださるようお願いいたします。

記

1. 給付内容

組合員本人が出産のため、産休期間(産前6週間、産後8週間)に仕事を休んだ日、1日につき1,500円を支給します。(最長90日限度)

ただし、1年以上継続して歯科医師国保組合に加入している組合員が対象です。

2. 申請方法

申請用紙を記入してご提出ください。申請書には事業主証明欄がありますので、記入漏れがないようよくご確認ください。また、実際に仕事を休んだ期間について支給しますので、産休終了後に申請をお願いいたします。

3. 添付書類

母子手帳のコピー(市町村の証明欄)

4. 振込先金融機関

ご本人名義の口座をご記入ください。(※ゆうちょ銀行の場合は、通帳の表紙をめくった見開きページの銀行振込用の受取口座をご記入ください。)

5. 支給までの期間

指定口座への送金は、国保組合本部へ申請する関係上、約2カ月を要しますのでご了承ください。

※ ご不明な点がございましたら、歯科医師国保組合新潟県支部までお問い合わせ下さい。

TEL 025-250-7755 FAX 025-283-6692

出産手当金支給申請書

種組合員

| | | | | | |
|-----------------------|-------|-----------|-------|-----|----------|
| 被保険者証 記号・番号 | 全歯 | 組合員 氏名 | | | |
| | | | | | |
| 出産日 | 年 月 日 | | | | |
| 出産のため休んだ期間 ※（申請期間） | 産前 | 年 | 月 | 日から | 合計 日間 |
| | | 年 | 月 | 日まで | |
| | 産後 | 年 | 月 | 日から | 合計 日間 |
| | | 年 | 月 | 日まで | |
| 上記の※（申請期間）内で傷病手当金の申請 | | | 有 ・ 無 | | |

| | | |
|--------|---------|-----|
| (フリガナ) | | |
| 振込先 | 銀行・信金 | 店 |
| | 信組・農協 | 出張所 |
| 口座番号 | | |
| 口座種別 | 普通 ・ 当座 | |
| (フリガナ) | | |
| 通帳名義 | | |

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒

住 所

氏 名

電話番号（ - - ）

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

| | |
|------|--|
| 支給金額 | |
| | |

| |
|---|
| 係 |
| |



| | | |
|-----|------|---|
| 支部長 | 支部常務 | 係 |
| | | |



※申請の際は、裏面を医療施設及び事業主の証明欄を記入のうえ産休終了後に申請して下さい。
 なお、組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。

医師・助産師証明欄

年 月 日 [生産・死産 (週)]したことを証明する。

医師・助産師

医療施設住所

医療施設医師・助産師氏名

印

証明年月日 年 月 日

※この欄による医師、助産師の証明又は母子健康手帳のコピー(市町村の証明欄)を添付して申請して下さい。なお、先に出産育児一時金の申請を済ませた方は、上記の証明は必要ありません。

事業主証明欄

| 【申請者の勤務状況】 ※下記に産前産後休んだ日は○、出産日は◎でご記入下さい。(土日、祝日を含む) | | | | | | | | | | | | | | | | 計 (休んだ日) | |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------|---|
| 年 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| 年 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| 年 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| 年 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| 年 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |

上記のとおり証明します。

診療所名

住 所

氏 名

印

証明年月日 年 月 日