

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

平素より当健保組合業務にご理解ご協力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、産前産後お仕事を休みした期間について、申請により1日につき4,000円支給します。(令和7年4月～支給額変更)

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4,000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

母子手帳の出生届出済証明(証明済みであること)の写し

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

●添付書類について

母子手帳の出生届出済証明（証明済みであること）のページをコピーして添付して下さい。（多胎の場合は全員分）

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

	続柄	ふりがな 氏 名	生 年 月 日（年齢）	職 業
子 の 保 護 者	母 (妊婦)		年 月 日 生(歳)	
	父		年 月 日 生(歳)	
			年 月 日 生(歳)	
		電 話		
	居住地	電 話		
		電 話		

出生届出済証明

子の氏名	男・女		
出生の場所	都道府県	市区町村	
出生の年月日	年	月	日

上記の者については 年 月 日
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長

印

証明済であること

赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

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 年 月 日まで	合計 日間												
	産後	年 月 日から 年 月 日まで	合計 日間												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">(フリガナ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>振込先</td> <td> 銀行・信金 店 信組・農協 出張所 </td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口座種別</td> <td>普通 ・ 当座</td> </tr> <tr> <td>(フリガナ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>通帳名義</td> <td></td> </tr> </table>			(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	
				(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 (— —) 印 ※自署の場合は 押印省略可															
全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿															

支給金額		係	本部受理	支部長	支部常務	係	支部受理

B-22

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

⑨

※自署の場合は
押印省略可

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。

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			31
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	31		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	31		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	31		日

診療所名

住 所

氏 名

⑨

※自署の場合は
押印省略可

証明年月日

年

月

日

※この欄による事業主の証明又は出勤簿のコピー等（産休の期間が確認出来る書類）を添付して
申請して下さい。