

年	月	日	円		

長野県建設国民健康保険組合

出産手当金支給申請書

下記の通り申請します

年 月 日

記 組 載 合 欄 員	記号・番号	建 一	氏 名	
	住 所			
	分 娩 日	年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産
上記分娩に関する 労務不能期間の証明	分娩のため 仕事を休ん だ期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	左の仕事を休 んだ期間中、 給与等の支給 があった期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
	上記の内容を証明します。 年 月 日 上記内容を証明する 事業所名 事業主等の氏名 事業主氏名			

●市町村長の押印がある母子手帳の写しなど、分娩日が証明できる書類を添付してください。

- 注意 1、出産手当金は、組合員である被保険者が出産のため労務に服することができない場合に支給されるもので、妊娠4カ月以上であれば、生産、死産、流産を問いません。
- 2、支給期間は、出産前42日および以後56日において、労務に服することができない期間です。
- 3、給付金はあらかじめ届け出いただいた口座に振り込みます。
- 4、組合員として長建国保に加入後、出産日が180日以内の場合は支給しません。

※以下の欄は記入しないでください。

長建国保処理欄

区 分	種	支給日額	円	確定支給日数	日
資格取得日	年 月 日	可・否		支 給 金 額	円

※長建国保では、今回の申請で組合員さんからお預かりした個人情報は、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、申請後の審査・支給に係る事項以外には使用しません。