

<記入例>

(第1種組合員)

出産手当金請求書

被保険者証号・番号	道歯 一	組合員氏名	
分娩年月日	令和 年 月 日 (予定・分娩)		
労務に服することができなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
入院したとき	病院名		
	所在地		
	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日		銀行名	銀行店
□□□-□□□□電話() 番		口座番号	普通当座 No.
住所		ふりがな	ふりがな記入
第1種組合員氏名 (印)		口座名	
北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様		組合員の口座	
分娩に関する助産婦又は医師の証明	令和 年 月 日	分娩予定であることを証明する。	
	令和 年 月 日	出産したことを証明する。	
	住所		
	助産婦又は医師氏名	※死産の方のみ記入 (印)	
※母子手帳をもって上記証明にかえることができます。(1ページのコピー)			

捺印して下さい。

組合員の口座

死産の方のみ、お手数ですがこちらの欄に医療機関にて署名・捺印をもらうようお願い致します。

支給決定額	円
-------	---

組合記載欄

(第1種組合員)

出産手当金請求書

被保険者証号・番号	道歯 ー	組合員氏名	
分娩年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日 (予定・分娩)	
労務に服することができなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
入院したとき	病院名		
	所在地		
	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日		銀行名	銀行店
□□□-□□□□電話() ー 番		口座番号	普通当座 ^{No}
住所		ふりがな	
第1種組合員氏名 ⑩		口座名	
北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様			
分娩に関する助産婦又は医師の証明	令和 年 月 日	分娩予定であることを証明する。	
	令和 年 月 日	日出産したことを証明する。	
住所			
助産婦又は医師氏名 ⑩			
※母子手帳をもって、上記証明にかえることができます。(1ページのコピー)			

支給決定額

円

組合記載欄