

令和6年4月から組合員対象

# 出産手当金が受けられる ようになります。

## 支給対象となる方

- 埼玉県歯科医師国民健康保険組合の第1種、第2種組合員の本人で、産休を取得し、業務に服さなかった場合に支給されます。  
ただし、組合員の資格を取得してから継続して1年経過した翌日から支給します。
- 死産（流産）の場合も妊娠12週（85日）以上であれば対象となります。

## 支給日数と支給金額

- 産前6週間（出産日を含む42日間）及び産後8週間（56日間）のうち90日間を限度とします。
- 日額 2,000円を支給します。

## 届出に必要な書類

- ① 出産手当金申請書（本組合様式）
  - ② 申請書の医師、助産師の証明、又は母子手帳の出生届出済証明書のコピー
  - ③ 申請書（裏面）の産休期間の確認のための事業主の証明、又は出勤簿のコピー
- 傷病手当金が支給された期間は、出産手当金の支給は出来ません。異常分娩で入院された場合は、申請の際にご注意ください。

## 問い合わせ（届出先）

埼玉県歯科医師国民健康保険組合  
〒330-0075  
さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65  
彩の国すこやかプラザ5F  
TEL 048-829-2325



理事長	常務理事	事務局長	課長	係

支給年月日	令和 年 月 日
支給決定額	円
組合員種別	第1種 ・ 第2種

### 国民健康保険出産手当金支給申請書

被保険者証 記号・番号			出産した 組合員氏名		
出産した 年月日	令和 年 月 日	分娩の種類	生産・死産(妊娠 週)		
出産のために 休んだ期間	産前	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間		
	産後	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間		
出産に関する 医師又は助産 師の証明欄	上記のとおり生産・死産(妊娠 週)したことを証明する。  令和 年 月 日 所在地 _____ 名称 _____  担当医師又は 助産師の氏名 _____ 印				
振込先 (組合員)	銀行名			支店名	
	フリガナ 名義人			口座種類	普通 ・ 当座
				口座番号	
上記のとおり出産手当金の支給を申請します。 令和 年 月 日 〒 組合員自宅住所 _____ 電話 ( )  組合員氏名 _____ 印  埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様					

(注) 申請書の際には、以下のどちらかの証明が必要です。

- この申請書の医師、助産師の証明又は母子健康手帳の市町村証明欄のコピー
- 裏面の事業主の証明又は出勤簿のコピー等(産休の期間が確認できる書類)

【事業主証明欄】

(申請者の勤務状況)

※ 産前産後休んだ日は○、出産日は◎を記入してください。 (土日、祝日を含む)														休んだ 日数	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	日
		14	15	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	日
		14	15	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	日
		14	15	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	日
		14	15	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	日
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
		27	28	29	30	31									

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

診療所住所 〒

診療所名称

電話 ( )

事業主氏名 (第1種組合員)

◎