

令和6年4月から組合員対象

出産手当金が受けられる ようになりました。

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		資格取得 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
出産した 組合員氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
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 (※母子手帳の 市町村証明欄の コピーの添付で 対応可能です)	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
			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 _____ ㊤ 埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様			

(注) 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されます。

また、申請書の際には、以下の証明が必要です。

- 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)

◎