



	- : -
	- :

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

..... : .....

.....

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

.....

.....

--	--

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


.....

(\*)

.....



## Demande d'Indemnité de Couches

Pièces à fournir	Délai de dépôt
<b>En cas d'accouchement :</b> - La présente demande dûment remplie et signée. - Un extrait d'acte de naissance du nouveau-né ou une copie du permis d'inhumer en cas de mort-né.	Dans les 30 jours qui suivent l'accouchement
<b>En cas de repos supplémentaire prescrit par le médecin :</b> - Un certificat médical	Dès réception du certificat

Je soussignée .....  
immatriculée à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale sous le numéro   
pièce d'identité N° ..... type : ..... délivrée le .....  
résidant à .....  
cité : ..... Immeuble n° ..... appt. n° .....  
localité : ..... Code postal   
demande de recevoir l'indemnité de couches suite à l'interruption du travail pour accouchement  
durant ..... depuis le ..... jusqu'au .....

Fait à ..... le .....

**Signature**

**Partie à remplir par l'employeur si l'assurée sociale est salariée**

Numéro d'affiliation

Nom ou Raison sociale : .....  
Je soussigné .....  
certifie en ma qualité de .....  
que Mme ..... est occupée à notre service  
en qualité de ..... depuis le .....  
à notre établissement sis à .....  
.....  
moyennant un salaire égal à ..... par jour et qu'elle a interrompu le travail pour  
accouchement durant ..... depuis le ..... jusqu'au .....  
Les salaires qu'elle a réalisés durant les 4 trimestres précédant l'interruption de travail figurent sur nos déclarations  
trimestrielles comme suit :

Trimestre	Montant des salaires	Nbre de jours de travail	Page	Ligne

Durant la période de couches, (\*)  elle ne bénéficie pas  elle bénéficie du maintien de son salaire pendant ..... jours.

Fait à ..... le .....

**Signature et cachet de l'employeur**

(\*) Mettre une croix x dans la case correspondante