

健康保険 出産手当金・出産手当付加金請求書 ( 第 回 )  
Claim for Maternity Allowance/Additional Sum (No. )

				年 月 日 提出 Date submitted (Y/M/D): / /	
被保険者 (請求者) の記入欄 To be filled out by insured person (claimant)	被保険者記号・番号 Insured person code and no. —		事業所の名称 Employer name		所属 Section
					TEL
	被保険者の氏名 Name of insured person		住所 Address	〒	
			電話 Tel.		
	分娩予定日 Expected date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日	分娩日 Date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日	
入院して分娩したとき If hospitalized for childbirth	病院又は診療所の名称、所在地 Name and address of hospital or clinic				
分娩のため休んだ期間 Period taken off from work for childbirth	From (Y/M/D): 年 / 月 / 日から To (Y/M/D): 年 / 月 / 日まで 日間 days	期間中に報酬を受けたときはその期間 Period for which compensation (if any) was received during the period indicated to the left	From (Y/M/D): 年 / 月 / 日から To (Y/M/D): 年 / 月 / 日まで 日間 days		
受取委任の欄 Proxy receipt	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任し、給料と合わせて受給することに同意します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です) I hereby authorize my employer to receive the benefits covered by this claim as my proxy and consent to receive them together with my salary. (This section does not need to be filled out if you are a Voluntarily and Continuously Insured Person.) 年 月 日 Date (Y/M/D): / / 被保険者氏名 Name of insured person				
医師または助産師の証明欄 Certification by doctor or midwife	分娩予定年月日 Expected date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日	分娩年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日	
	正常分娩または異常分娩の別 Normal or abnormal birth?	正 常 ・ 異 常 Normal/Abnormal	生 産 死 ( 流 ) 産	妊娠 又は、第	ヵ月 週
	出生児の数 Number of babies	単胎 ・ 多胎 ( 児 ) Single/Multiple ( babies )	Live birth: born after months' term Stillbirth/miscarriage, or, week no.		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 I certify that the above information is correct. 年 月 日 Date (Y/M/D): / / 医療施設の名称・所在地 Name and address of medical care institution 医師・助産師名 Name of doctor/midwife 〒 ® (seal) (自署の場合は押印不要) (No seal required with signature)				
事業主証明欄 Certification by employer	労務に服しなかった期間 Period not worked		From (Y/M/D): 年 / 月 / 日から To (Y/M/D): 年 / 月 / 日まで 日間 days		
	上記期間中に報酬を支給したとき (支給すべきものであること) Period for which compensation was paid during the above period (Compensation must refer to payable compensation.)		From (Y/M/D): 年 / 月 / 日から To (Y/M/D): 年 / 月 / 日まで 日間 days		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 I certify that the above information is correct. 年 月 日 Date (Y/M/D): / / 事業主/Employer 住所/Address 氏名/Name				

◎ 武田薬品の方は本社 CBCPA 部人事Gへ、武田薬品以外の方は各会社の人事担当者に提出してください。  
If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, submit this form to HR G, Personnel, Personnel & Administration Dept., Corporate Business Center (Osaka).  
If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section at your company responsible for human resources.  
◎ 出生の証明については、医師または助産師の証明が必要となります。  
The birth must be certified by a doctor or midwife.