

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.)

令和 年 月 日提出
 Date submitted (Y/M/D): / /

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|---------------------------------|-------------------------------|---------|
| 被保険者 (請求者) の記入欄 | 被保険者記号番号 Insured person code and no. | | 事業所の名称 Employer name | | 所属 Section | |
| | 被保険者の氏名 Name of insured person | | 住所 Address | 〒 | | |
| | 分娩予定日 Expected date of birth (Y/M/D) | 令和 年 月 日 | 分娩日 Date of birth (Y/M/D) | | 令和 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 | 令和 年 月 日から From (Y/M/D): / / | 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 | 令和 年 月 日から From (Y/M/D): / / | 令和 年 月 日まで To (Y/M/D): / / | 日間 days |
| 振込先の確認 Payment Destination | 本請求に基づく給付金は以下の口座に振り込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。) Benefits based on this application will be transferred to the following account. (Please check [✓] the box after confirming.) <input type="checkbox"/> 在職者: 事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together with your salary. <input type="checkbox"/> 任意継続者: 資格取得申請書に記載された振込口座 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment. ※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合 ⇒ □ (チェック[✓]してください) *If using a public funds receipt account pre-registered on Mynportal, etc., instead of the above account ⇒ □ (Please check [✓]) | | | | | |
| 医師または助産師の証明欄 | 分娩予定年月日 Expected date of birth (Y/M/D) | 令和 年 月 日 | 分娩年月日 Date of birth (Y/M/D) | 令和 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) Live birth: born after | 妊娠又は、第 months' term | カ月週 | |
| | 出生児の数 Number of babies | 単胎・多胎(児) Single/Multiple (babies) | 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. 令和 年 月 日 Date (Y/M/D): / / 医療施設の名称・所在地 〒 (seal) Name and address of medical care institution 医師・助産師名 (自署の場合は押印不要) Name of doctor/midwife (No seal required with signature) | | | | | |
| 事業主証明欄 | 労務に服しなかった期間 Period not worked | 令和 年 月 日から From (Y/M/D): / / | 日間 days | 令和 年 月 日まで To (Y/M/D): / / | | |
| | 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.) | 令和 年 月 日から From (Y/M/D): / / | 日間 days | 令和 年 月 日まで To (Y/M/D): / / | | |
| | 上記期間に支給した報酬額 Amount of compensation paid during the above period | 円 yen | 報酬日額 Daily compensation amount | 円 yen | | |
| | 賃金の種類(該当するものに○) Wage type (circle the applicable one) | 賃金の種類(該当す月給・日給月給・日給・時給・その他()) Monthly / Daily-rated monthly / Daily / Hourly / Other () | | | | |
| | 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. 令和 年 月 日 Date (Y/M/D): / / 事業主/Employer 住所/Address 氏名/Name | | | | | |

- ◎ 武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。
If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details). If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.
- ◎ 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.
- ◎ 公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。
If you are using a public funds receipt account, please be sure to confirm that the registration process on Mynaportal, etc., has been completed. If the registration is not complete, the transfer of benefits will be delayed.

| | |
|----------------|--|
| 社会保険労務士 記載欄 | |
|----------------|--|