

Table with columns for dates (年月日), company roles (常務理事, 事務長, etc.), and payment details (支払年月日, 支払額).

被保険者への注意(注意事項)

- 1. ②および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑧は「賃金支払内訳表など」をみればわかります。
2. ①の(A)、②の(B)の「分べん、分べん予定」の別、①の(A)、②の(B)のおよび③の(B)の④と⑤は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。なお、①の(A)は、現在までも「受けられない」が将来も「受けられない」場合は、両方の事項を丸でかこんでください。
3. 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を

健康保険

出産手当金・出産手当付加金請求書 (第 回)

Main application form with sections for insured person details (被保険者), pregnancy status (妊娠), hospitalization (入院), and payment information (支払).

令和 年 月 日提出

※ 受付日付印

領収書 (Receipt) section with fields for amount received (金額) and date (年月日).

- 4. 給付金の受領方を他人に委任するとき、および給付金を受け取るときは、それぞれ委任状および領収書に記入押印してください。
5. ※印の欄は、記入しないでください。
※印鑑はシャチハタ印不可

Section 13: Labor period (労働に服さなかった期間) and wage calculation details (うえの期間中). Includes fields for dates and amounts.

うえのとおり相違ないことを証明します。

15 住所 令和 年 月 日
16 氏名
17 印
18 電話 ( ) 番

Section 18-22: Medical/Obstetrician confirmation (医師又は助産師が意見). Includes fields for dates, hospitalization, and pregnancy details.

うえのとおり相違ありません。

23 職名 ( ) 25 住所
24 氏名
26 印
27 電話 ( ) 番

Section 23: Payment method (支払金融機関) and bank details (支店, 口座番号).

Section 24: Authorization (委任状) for payment, including fields for agent and principal names and dates.

- 12. 印はハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。
13. 10、11の(B)、12の(B)の②、13および⑧の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算してください。たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。

(事業主への注意事項)

- 6. ①の②と④にわたるときは、両欄にわたって記載してください。
7. ⑦の⑧欄は、現在までも、将来も支給しないときは、「支給しない」と記載してください。
8. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要があります。

(医師又は助産婦への注意事項)

- 9. ⑨の「分べん、分べん予定」は両方必ず記入し、⑩、⑪、⑫および⑬の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
10. ⑫欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記してください。