

1枚目（被保険者記入用）  
Page 1 (For Insured Persons to fill out)

◎この申請書は2枚一組です。次のページに医師・助産師証明欄があります。  
◎ This application form is a set containing two pages.  
The next page includes fields for your doctor or midwife to provide proof.

|                              |                          |           |            |
|------------------------------|--------------------------|-----------|------------|
| 常務理事<br>Managing<br>Director | 事務長<br>Office<br>Manager | 担当<br>PIC | 係<br>Clerk |
|                              |                          |           |            |

健康保険 出産手当金請求書  
Health insurance Claim for Maternity Allowance

提出日 年 月 日  
Date of submission \_ / \_ / (YYYY / MM / DD)

|   |  |                                       |                                     |
|---|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ① 被保険者等<br>記号・番号<br>Symbol and Number of<br>Insured person, etc.  | 記号 Symbol  | 番号 Number                             | ② 被保険者の氏名<br>Name of Insured Person |
| ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。<br>*If the symbol/number is unknown, please enter your employee number in the number field. |  |                                       |                                     |
| ③ 被保険者の<br>現住所<br>Present Address<br>with Zip Code of<br>Insured Person   | (〒 - )   |                                       |                                     |
| ④ メールアドレス<br>Email Address  | @  |                                       |                                     |
| ⑤ 被保険者の<br>資格取得日<br>Insurance Status<br>Acquisition Date  | 年 月 日<br>_ / _ / (YYYY / MM / DD)  | ⑥ 事業所名称<br>Business Entity Name       |                                     |
| ⑦ 出産のため休んだ期間<br>Period of Leave for Childbirth  | 年 月 日 から<br>From _ / _ / (YYYY / MM / DD) to<br>年 月 日 まで<br>_ / _ / (YYYY / MM / DD)<br>日間<br>Days |                                       |                                     |
| ⑧ 出産日<br>Date of Delivery   | 年 月 日<br>_ / _ / (YYYY / MM / DD)  | ⑨ 出産予定日<br>Scheduled<br>Delivery Date | 年 月 日<br>_ / _ / (YYYY / MM / DD)   |

|  |   |
|--|---|
| 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。<br>In general, benefits will be paid to the salary transfer account.   |   |
| 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。（被保険者名義の口座に限る）<br>If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following. (Only accounts in the name of the insured) |   |
| <input type="checkbox"/>   | マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。<br>I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc. (Please mark with a ✓ if you wish to use this option)<br>注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。<br>Note: It takes several days for account information to be reflected after registration.   |
| <input type="checkbox"/>   | 給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。<br>I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account/public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc.<br>〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー<br>[Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name.<br>注1) 海外送金はできません。<br>Note 1: Overseas remittance is not possible.<br>注2) 電子マネーでの送金はできません。<br>Note 2: Remittances using electronic money are not possible. |

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。  
\* If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card symbol/number, please consult with the FR Health Insurance Organization.

受付日付印  
Reception date stamp

2枚目(医師又は助産師が記入)  
For your Doctor or Midwife to fill out

出産手当金請求書  
(2枚1組での申請になります)  
Claim for Maternity Allowance  
(Please submit both pages as a set to apply.)

医師又は助産師記入欄 Fields to be entered by your doctor or midwife

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| ⑩ 出産者氏名<br>Name of the Mother   |   |  |   |
| ⑪ 出産年月日<br>Date of Delivery   | 年 月 日 出産<br>— / — / — (YYYY / MM / DD) (delivery)             |  |   |
| 出産予定年月日<br>Scheduled Delivery Date  | 年 月 日 出産予定<br>— / — / — (YYYY / MM / DD) (scheduled delivery) |  |   |
| ⑫ 出産後のときは<br>正常出産又は<br>異常出産の別<br>Normal or Abnormal<br>Childbirth (if Applying<br>After Childbirth) | 正常・異常<br>Normal / Abnormal                                    | ⑬ 出産後のときは、<br>生産又は死産の別<br>Live Birth or Stillbirth<br>(if Applying After Childbirth) | 生産・死産(妊娠 月)<br>Live birth / Stillbirth (months of pregnancy: —) |
|   |   | ⑭ 単胎または多胎の別<br>Single or Multiple Birth  | 単胎・多胎<br>Single birth / Multiple birth                          |
| 上記のとおり相違ありません。<br>I hereby certify that the above is correct.                                       |   |  |   |
| 医療施設の所在地<br>Location of the medical care facility   |   | 年 月 日<br>— / — / — (YYYY / MM / DD)  |   |
| 医療施設の名称<br>Name of the medical care facility  |   |  |   |
| 医師・助産師の氏名<br>Name of the doctor or midwife  |   | 電話 ( )<br>Phone number   |   |
| ※医療機関名等ゴム印を押印ください。 * Please stamp the name of the medical care institution, etc.                    |   |  |   |

〔医師または助産師への注意事項〕 (Notes for the doctor or midwife)

1. ⑫、⑬及び⑭欄はそれぞれ該当する文字を丸でかこんでください。

1. Please circle the correct options in fields ⑫, ⑬, and ⑭.

2. ⑬欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠何ヶ月の死産であったかを当該欄に付記してください。

2. If you circled “Stillbirth” in field ⑬, please also indicate the month of pregnancy when the stillbirth occurred in the appropriate field.

3. 訂正箇所は二重線で抹消後、正しい内容と証明者のサインをご記入ください。

3. To make a revision, please cross out the incorrect information with two lines, and then enter the correct details and provide a certifier signature.

提出先

Submission recipient

※医師・助産師より、証明を受けた後、以下の宛先へご提出ください。

\* After receiving proof from your doctor or midwife, please submit the form to the recipient below.

〒754-0894 山口県山口市佐山10717-1 (TEL: 083-988-0306)  
10717-1 Sayama, Yamaguchi, Yamaguchi Prefecture 754-0894 (Tel.: 083-988-0306)  
(株)ファーストリテイリング 給与・社会保険チーム  
Payroll and Benefits Team, FAST RETAILING CO., LTD.

【支給を受ける条件】（Payment receiving conditions）

本人（女性被保険者）が次の条件をすべて満たした場合には、出産手当金が支給されます。  
The enrollee (an insured woman) will be paid a Maternity Allowance only if all the conditions below are satisfied.

- ① 妊娠4か月（85日）以上の出産であること（早産・死産（流産）・人工妊娠中絶も含まれます）  
① Pregnant for at least four months (85 days) before childbirth (including premature births, stillbirths, and abortions)
- ② 出産のため仕事を休んでいること  
② On leave from work for childbirth reasons

- ③ 給与の支払いがないこと  
③ No salary being paid

（休んだ期間についての給与の支払いがあっても、その給与の日額が出産手当金の日額より少ない場合は、出産手当金と給与の差額が支給されます）  
（Even if the enrollee is paid a salary during their time off, if the daily salary amount is less than the daily Maternity Allowance amount, the difference between them will be paid.）

【支給額と支給期間】（Payment amount and payment period）

- ① 支給額  
① Payment amount

1日当たりの金額：【支給開始日の以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額（※）】÷30×（2／3）  
Amount per day: [average standard monthly remuneration for the 12 months before the payment start date\*] ÷ 30 × (2/3)

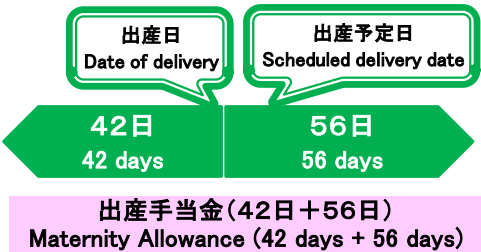
※ 支給開始日の以前の期間が12か月に満たない場合は以下⑦と⑧を比べて少ない方の額を使用して計算します。  
\* If the period before the payment start date is less than 12 months, the amounts in A and B below will be calculated, and the lower amount will be used.

- ⑦ 支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均  
A. The average standard monthly remuneration for the months in a row when remuneration was received before the payment start date, including the month that includes that date
- ⑧ 当該年度の前年9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額  
B. The average standard monthly remuneration for all insured persons as of September 30 of the year before the corresponding fiscal year

- ② 支給期間  
② Payment period

出産手当金は出産日（出産日が予定日より遅れた場合は出産予定日）以前42日（多胎妊娠は98日）から出産日後56日までの期間について支給される。  
The Maternity Allowance will be paid for the period from 42 days (or 98 days in the case of a multiple pregnancy) before the date of delivery (or the scheduled delivery date if the actual date of delivery is later than the scheduled date) to 56 days after the date of delivery.

※実際の出産が予定日より早まった場合  
\* If the actual delivery date is sooner than the scheduled date



※実際の出産が予定日より遅れた場合  
\* If the actual delivery date is later than the scheduled date

