

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 Managing Director	事務長 Office Manager	担当 PIC	係 Clerk

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

提出日 2024年 12月 1日
Date of submission __/__/__(YYYY/MM/DD)

① 被保険者等 記号・番号 Symbol and Number of Insured person, etc.	記号 Symbol 1234	番号 Number 12345678	② 被保険者の氏名 Name of Insured Person Jane Smith
③ 被保険者の 現住所 Present Address with Zip Code of Insured Person	(〒 -) Please fill in your current address		
④ メールアドレス Email Address	@		
⑤ 被保険者の 資格取得日 Insurance Status Acquisition Date	2011年 4月 1日 __/__/__(YYYY/MM/DD)		⑥ 事業所名称 Business Entity Name *****CO., LTD.
⑦ 出産のため休んだ期間 Period of Leave for Childbirth	2024年 8月 22日 から From __/__/__(YYYY/MM/DD) to 2024年 11月 27日 まで __/__/__(YYYY/MM/DD) 98 日間 Days		
⑧ 出産日 Date of Delivery	2024年 10月 2日 __/__/__(YYYY/MM/DD)		⑨ 出産予定日 Scheduled Delivery Date 2024年 10月 26日 __/__/__(YYYY/MM/DD)

給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
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）
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。 I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynportal, etc. (Please mark with a ✓ if you wish to use this option) 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。 Note: It takes several days for the account information to be reflected after registration.
<input type="checkbox"/>	給与振込口座以外の口座に振り込みを希望します。 I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account. [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 [Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 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 Name of the Mother			
⑪ 出産年月日 Date of Delivery	年 月 日 出産 — / — / — (YYYY / MM / DD) (delivery)		
⑫ 出産 Schedu			
⑬ 出産 正常 異常 出産の別	正常・異常 Normal / Abnormal	(if Applying After Childbirth)	ケ月) pregnancy: —)
Normal or Abnormal Childbirth (if Applying After Childbirth)		⑭ 単胎または多胎の別 Single or Multiple Birth	単胎・多胎 Single birth / Multiple birth
上記のとおり相違ありません。 I hereby certify that the above is correct.			
医療施設の所在地 Location of the medical care facility		年 月 日 — / — / — (YYYY / MM / DD)	
医療施設の名称 Name of the medical care facility			
医師・助産師の氏名 Name of the doctor or midwife		電話 () 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)
- 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.
 - 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.
 - 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.	