

Health Insurance Card Symbol

Employers authentication also required, so submit via your establishment within one month after birth.

Example

出産手当金請求書

Seal or Signature

Health Insurance Card Number

Name of Insured Person(Applicants)

被保険者証の記号と番号	記号 1 2 3 4 番号 1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者(請求者)の氏名と印	山口 優子	(印) 山口
-------------	--	----------------	-------	-----------

Present Address (with Zip Code)

Telephone Number

Business Entity as displayed on your Health Insurance Card.

Insurance Status Acquisition Date as displayed on your Health Insurance Card

Standard Remuneration

If unknown, you may leave blank.

Enter both the date of childbirth and the delivery due date even if the child has already been born.

Is this application before or after childbirth?

出産前 出産後

Period of Leave for Childbirth

Example: Date of childbirth is 2/1 (single birth)
 (Normal) 12/22 - 2/1 2/2 - 3/29 Total 98 days
 (42 days before) (56 days afterward)
 Note that if childbirth occurs late, then the duration will be extended according to the number of days childbirth is late.

Were you hospitalized at time of childbirth?

(Maternity) Hospital Name if Hospitalized

Period of Time if Hospitalized

(A) 入院して出産しましたか、入院しないで出産しましたか 入院出産 入院外出産

病院又は産院名 病院 山口県山口市

Hospital Address

入院した期間 平成 ** 年 ** 月 ** 日から 平成 ** 年 ** 月 ** 日まで ** 日間

Do you have any dependents?

自費健康保険で入院しましたか 自費 健保 その他 被扶養者がいますか いる いない

Did you bear all expenses, or did you use health insurance?

給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。

尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、下記へ振り込み希望口座をご記入ください。(被保険者本人名義の口座に限ります)

給付金支払先	振込先	銀 金庫・農協	支店	口座 番号	No.
	預金 種別	普通・当座 貯蓄	口座 名義		

In general, payment can only be made to an account in the insured person's name. If not the account by which the insured person is paid salary/wages, then enter another bank account in the insured person's name.

平成 年 月 日 日付印

事業所
担当者印

社会保険
労務士の
提出代行者印

Example

[Get authentication from your business' operator](#)

第1回目の請求には休んだ期間にかかる賃金台帳又は給与明細の写しとタイムカード又は出勤簿の写しを添付し、

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	うえの期間中として支払う報酬関係	全額支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 の分 (月 日支払) 金 円
		一部支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 の分 (月 日支払) 金 円
	現在までも又将来も支給しない場合は、その旨		
	うえのとおり相違ないことを証明します。 〒 平成 年 月 日 住 所 事業所名 氏 名 電話 () 番		

医師又は助産婦が意見をかくところ	出産年月日	平成 年 月 日出産	
	出産予定年月日	平成 年 月 日出産予定	
	出産後のときは正常出産又は異常出産の別	正常・異常	出産後のときは、生産又は死産の別 ②① 単胎または多胎の別
			生産・死産(妊娠 ヶ月) 単胎 多胎
	②② 入院して出産したときは、その期間	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	②③ 入院費 健保・自費 用の別 公費・その他
うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 ②④ 職名() ②⑤ 住所 ②⑥ 氏名 ②⑦ 電話 () 番			

[Get Authentication from Doctor or Maternity Nurse.](#)

(個人情報保護に関して)

- 1.個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
- 2.法令に基づく場合や人の生命、身分又は財産の保護、また公衆衛生の向上に必要な場合は、あらかじめ本人の同意を得ず、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
- 3.個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡下さい。

FR健康保険組合 東京都港区赤坂9-7-1 ミッドタウンタワー TEL03-6865-0005