

Health Insurance Card [Symbol] [Number]		Employee Number		出 産 手 当 金 請 求 書		受付No. —	
Date of Enrollment: [Showa] / [Reiwa] / [Heisei] [Year][Month][Date]		Date of Birth: [Showa] / [Heisei] [Year][Month][Date]		Name of Insured Person		Furigana (in Katakana)	
Date of Delivery: [Heisei] / [Reiwa] [Year][Month][Date]		Date of withdrawal from membership: [Heisei] / [Reiwa] [Year][Month][Day]		Estimated Date of Delivery: [Heisei] / [Reiwa] [Year][Month][Date]		For () day(s)	
Period of absence due to childbirth (Claiming period)		From: [Heisei] / [Reiwa] [Year][Month][Date]		To: [Heisei] / [Reiwa] [Year][Month][Date]		For () day(s)	
"I claim as above, and delegate the receipt of benefits to the below-mentioned employer."		Please fill in information of bank account only in the case of continued benefits after loss of entitlement.		Name of Bank		支店	
令和 〇 年 〇 月 〇 日 ← Reiwa [Year][Month][Date]		資格喪失後の継続給付の 初日のみをご記入ください		Bank Account Number(Saving)		Name of Branch	
Address of Insured Person 住所		Furigana (in Katakana)		Name of Account Holder			
Name of Insured Person 氏名							
Section for doctor or birth attendant's certification		出産予定年月日		〇平成 年 月 日		〇令和 年 月 日	
Certification from a doctor or birth attendant is required.		単胎 (児)		生産または死産の別		〇生産 (妊娠 週)	
〇多胎				〇死産			
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日					
医療機関所在地		ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で 抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください					
医療機関名称							
医師または助産師の氏名							
Section for employer		て証明(被保険者の資格喪失後の期間についての事業主の証明は不要です)					
*Certification for the period of employment (Certification by the employer for the period after the loss of insured status is not required)		月給					
出産のため 休んだ期間		〇平成 年 月 日から 〇平成 年 月 日まで 日間		〇令和 年 月 日から 〇令和 年 月 日まで 日間			
上記のうち給与の 支給がなかった期 間		〇平成 年 月 日から 〇平成 年 月 日まで 日間		〇令和 年 月 日から 〇令和 年 月 日まで 日間			
備考欄		ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で 抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください					
上記のとおり相違ないことを 請求者より委任を受けた給付 請求者に支給します。						受 付 印	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名							
備考欄						【資生堂健康保険組合】202104	