

【被保険者の記入上の注意】

- ②は健康保険の被保険者証に記載されています。
- ⑫は申請書を提出する現在までのことを『受けた、受けない』、将来のことを『受けられる、受けられない』をマルで囲んでください。
- 出産後の申請でも、⑨の『出産予定日』を必ず記入してください。
- 出産手当金は、女子被保険者が出産の為、事業所の勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるものです。
出産の日（出産日より遅れた場合においては出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合には70日）目から出産の日後56日までの期間を限度として支給されます。
なお、出産の日当日は、出産の日以前の期間の最終日となります。
- この申請を被保険者本人が受け取る場合は、③に記入したものと同一の口座名義で『支払希望金融機関』の欄に記入してください。
- この手当金の受領を他人に委任するときは、『受取代理人の欄』に必要事項を記入し、『支払希望金融機関』の欄には代理人の受取口座を記入してください。
- 証明書等が、外国語で記入されている場合は翻訳者の住所、氏名を記載した翻訳文を添付してください。
- 記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者氏名をご記入ください。

【事業主の記入上の注意】

- この申請の第一回目には必ず、『出勤簿の写し』と『賃金台帳』を添付してください。
- 被保険者が資格を喪失した後の申請であるときは、④にその旨記入してください。
- 記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者氏名を記入してください。

【医師または助産師の意見の記入上の注意】

- ③、④、⑥および⑦はそれぞれ該当する方をマルで囲んでください。
- ④で『死産』をマルで囲んだ場合には、妊娠何週目の死産であるかを該当欄に付記して下さい。
- 文字を訂正する場合は、記載者の名前脇に押した印と同じ印を、訂正印として捺印してください。