

支給 内訳	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係	
	法定												
	付加												
議 書	分娩年月日	平成 年 月 日						資格	昭・平 年 月 日				
	法定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間						喪	平成 年 月 日				
	付加期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間						決定標準報酬月額					,000円

《2ページ目につづく》

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険

## 出産手当金・出産手当付加金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号		記号 番号		②被保険者の氏名・押印 被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要						④		
	③被保険者の住所 支給決定通知書の送付、及 び書類不備の際に使用します		〒 —										
	④日中連絡の取れる電話番号 お問い合わせの際に使用します 複数可		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯		— —		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯		— —				
	⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名												
	⑥分娩予定年月日			平成 年 月 日			⑦分娩年月日			平成 年 月 日			
	⑧分娩のため 休んだ期間		平成 年 月 日 から			平成 年 月 日			日間				
	⑨上の⑧に書いた期間に対する報酬はありますか										<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	⑩この請求書を提出する時点で退職している、もしくは1ヶ月以内に退職することが明らかですか										<input type="checkbox"/> はい⇒⑪へ <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑬へ		
	⑪この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度（任意継続被保険者制度）に加入していますか										<input type="checkbox"/> はい⇒⑫～⑬記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑫へ（⑬記入不要）		
	⑫振込希望口座 銀行か郵便局の どちらか一方を記入		銀行		普通 店 番		銀行		支店 当座 口座番号		フリガナ 名義人氏名		
	郵便局		記号		番号		番号		フリガナ 名義人氏名				
	⑬委任状 押印必須(外国国籍を 有する方はサイン可)		私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した出産手当金及び 同付加金の受領方を委任します。▶ 被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入 平成 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名 ④										

〔注意事項〕

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）
4. ⑧欄 分娩予定日以前42日（多胎分娩の場合は98日）と分娩日の翌日から56日間（予定日以前に分娩した場合は分娩日以前42日と分娩日の翌日から56日間の計98日間）の範囲内で会社を休んだ期間を記入して下さい。任意継続をしている場合も同様に記入して下さい。  
例1. 8/1 分娩予定、8/5 分娩  
6/21～9/30 [102日間]（多胎分娩の場合は4/26～9/30 158日間）  
例2. 8/1 分娩予定、7/30 分娩  
6/19～9/24 [98日間]（多胎分娩の場合は4/24～9/24 154日間）

受 付 印

〔個人情報保護に関して〕

※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。  
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、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。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※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いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107  
受付時間/9:00～17:30（土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

事業主が記入するところ	⑭被保険者証の 記号・番号	記号 番号	⑮被保険者の氏名		
	⑯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	
	上の期間中について、出勤した日がある場合は出勤日と公休日を記入【出勤=○、公休=×】				
	平成 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	平成 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	平成 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	平成 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	平成 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	⑰ 上の期間中の分として報酬を支給した場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			円
		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			円
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				円	
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				円	
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				円	
⑱報酬を支給しない 場合その旨					
上記のとおり相違ないことを証明します。				平成 年 月 日	
住所					
事業主				印	
氏名					
電話番号 ( )					

〔担当者の方へ〕

- 訂正をした場合は、必ず訂正印（事業主印）を押して下さい。
- ⑰欄 給与締めごとに証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明して下さい。

医師又は助産師が意見を書くところ	⑲分娩した者の氏名				
	⑳分娩予定年月日	平成 年 月 日	㉑分娩年月日	平成 年 月 日	
	㉒単胎又は多胎の別	単胎 ・ 多胎			
	㉓生産又は死産の別	生産 ・ 死産（妊娠 ヲ月）			
	上記のとおり相違ありません。				平成 年 月 日
	医療機関の名称・所在地				印
医師・助産師の氏名					
電話番号 ( )					

〔医師又は助産師の方へ〕

- 訂正をした場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- ㉓欄で「死産」の場合は、妊娠何ヵ月目の死産であるかを記入して下さい。

# Request for Childbirth allowance/Childbirth allowance additional sum

〈Example〉 When the insured individual has given birth ~page 1~

## 《記入例》被保険者が出産した場合 1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でOK A single request may be submitted for multiple births.

支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係						
支給内訳	法定	付加	Need not be filled out					Approval seal (mechanical seals are not acceptable) If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.									
分娩年月日	平成	16	年	10	月	28	日	ソニー健康保険組合 理事長殿									
期間	法定	平成	16	年	9	月	17	日	～	平成	16	年	12	月	23	日	日間
付加	平成	16	年	9	月	17	日	～	平成	16	年	12	月	23	日	日間	

These sections to be completed by the insured

Health insurance card symbol/ number

Daytime telephone number  
 Home  Office  Cell phone

Expected Delivery Date

Number of days you took time off for childbirth (from Y/M/D to Y/M/D, Nmb of days)

Were you paid during the period noted under "(8)" above?

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments  
Enter either a bank or a post office account number

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 出産手当金・出産手当付加金 請求書

①被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印	健保 明子 Name and Seal of the insured
③被保険者の住所	〒999-9999 Insured person's address 〇〇県△△市××99-99		
④日中連絡の取れる電話番号	☑自宅 ☐勤務先 ☐携帯	99-9999-9999	☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	〇〇××株式会社 Name of company where the insured individual is or was employed		
⑥分娩予定年月日	平成 16年 10月 30日	⑦分娩年月日	平成 16年 10月 28日
⑧分娩のため休んだ期間	平成 16年 9月 17日 から 平成 16年 12月 23日 まで 98日間		
⑨上の⑧に書いた期間に対する報酬はありますか	<input type="checkbox"/> ある Yes <input checked="" type="checkbox"/> ない No		
⑩この請求書を提出する時点で退職している	<input type="checkbox"/> はい⇒⑪～ Yes⇒11 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑬～ No ⇒13		
⑪この請求書を提出する時点で健康保険に加入していますか	<input type="checkbox"/> はい⇒⑫～⑬ Yes⇒Skip 12 to 13 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑫～⑬ No ⇒Go to 12 (Skip 13)		
⑫振込希望口座	銀行 普通 店 番 Branch no Bank 支店 当座 口座番号 Account number	フリガナ Furigana 名義人氏名 Name of account holder	
⑬郵便局のどちらか一方を記入	郵便局 記号 番号 Post office Symbol - Number	フリガナ Furigana 名義人氏名 Name of account holder	
⑬委任状	私は 〇〇××株式会社 を代理人と定め、上記のとおり請求した出産手当金及び同付加金の受領方を委任します。被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入 平成 17年 1月 10日		
Letter of attorney	Address of the insured 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保 明子 Name of the insured	Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)	

### 〔注意事項〕

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下
3. 提出された請求書については、返却・写
4. ⑧欄 分娩予定日以前42日（多胎分娩の場合は分娩日以前42日と

Approval seal  
Mechanical seals are not acceptable  
Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal

I hereby authorize \_\_ (Business entity) \_\_ to serve as an agent on my behalf and to receive the above childbirth allowance and childbirth allowance additional sum for which application was made above.

### 〔個人情報保護に関して〕

※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。  
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、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。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※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いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 : 03-5795-6111 FAX:03-5795-6107  
 受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

〈Example〉 When the insured individual has given birth ~page 2~

《記入例》被保険者が出産した場合 2ページ目

事業主が記入するところ	⑭被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	⑮被保険者の氏名	健保 明子																												
	⑯労務に服さなかつた期間	平成 16年 9月 17日 から 平成 16年 12月 23日 まで		98日間																												
	上の期間中について、出勤した月がある場合は出勤日と公休日を記入【出勤＝○、公休＝×】																															
	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	⑰上の期間中の分として報酬を支給した場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			円																											
		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			円																											
	<b>Obtain a certificate from your business facility</b>																															
	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			円																												
	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			円																												
⑱報酬を支給しない場合その旨	支給なし																															
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 16年 12月 23日																																
住所 ○○××株式会社																																
事業主氏名 △△ △△																																
電話番号 111 (1111) 1111																																

〔担当者の方へ〕

- 訂正をした場合は、必ず訂正印（事業主印）を押して下さい。
- ⑰欄 給与締めごとに証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明して下さい。

医師又は助産師が意見を書くところ	⑲分娩した者の氏名	健保 明子		
	⑳分娩予定年月日	平成16年10月30日	㉑分娩年月日	平成16年10月28日
	㉒単胎又は多胎の別	単胎		
	㉓生産又は死産	生産		
	<b>Obtain a certificate from the hospital</b>			
上記のとおり相違ありません。平成 16年 10月 31日				
医療機関の名称・所在地 ××県○○市△△9999 ××産婦人科医院				
医師・助産師の氏名 111-111-1111 電話番号 ( )				

〔医師又は助産師の方へ〕

- 訂正をした場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- ㉓欄で「死産」の場合は、妊娠何ヵ月目の死産であるかを記入して下さい。

# Request for Childbirth allowance/Childbirth allowance additional sum

〈Example〉 When the insured has given birth within six months following loss of eligibility for coverage ~page 1

## 《記入例》被保険者だった者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合 1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でOK A single request may be submitted for multiple births.

支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係						
支給内訳	法定	付加	Need not be filled out					Approval seal (mechanical seals are not acceptable) If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.									
分娩年月日	平成	16	年	10	月	28	日	ソニー健康保険組合 理事長殿 健康保険 出産手当金・出産手当付加金 請求書									
期間	法定	平成	16	年	9	月	17	日	～	平成	16	年	12	月	23	日	
①被保険者証の記号・番号	999	999999	②被保険者の氏名・押印 健保 明子 Name and Seal of the insured														
③被保険者の住所	〒999-9999 Insured person's address 〇〇県△△市××99-99																
④日中連絡の取れる電話番号	99-9999-9999	⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名 〇〇××株式会社 Name of company where the insured individual is or was employed															
⑥分娩予定年月日	平成	16	年	10	月	30	日	⑦分娩年月日	平成	16	年	10	月	28	日		
⑧分娩のため休んだ期間	平成	16	年	9	月	17	日	から	平成	16	年	12	月	23	日	まで	98日間
⑨上の⑧に書いた期間に対する報酬はありますか	<input type="checkbox"/> ある Yes <input checked="" type="checkbox"/> ない No																
⑩このとが	An account in the name of the individual insured Account type: ordinary account / current account																
⑪この請求書を提出する時点で退職後の健康に加入していますか	Branch no																
⑫振込希望口座	銀行	〇〇	銀行	普通	店	番	999	フリガナ	ケンホアキコ	Furigana	Name of account holder						
銀行か郵便局のどちらか一方を記入	Bank	〇〇	支店	当座	口座番号	9999999	フリガナ	健保明子	Name of account holder								
⑬委任状	私に同付加金の受領方を 被保険者住所 被保険者氏名																

### 〔注意事項〕

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）
4. ⑧欄 分娩予定日以前42日（多胎分娩の場合は98日）と分娩日の翌日から56日間（予定日以前に分娩した場合は分娩日以前42日と分娩日の翌日から56日間の計98日間）の範囲内で会社を休んだ期間を記入して下さい。任意継続をしている場合も同様に記入して下さい。  
 例1. 8/1 分娩予定、8/5 分娩  
 6/21～9/30 [102日間]（多胎分娩の場合は4/26～9/30 158日間）  
 例2. 8/1 分娩予定、7/30 分娩  
 6/19～9/24 [98日間]（多胎分娩の場合は4/24～9/24 154日間）


### 〔個人情報保護に関して〕

※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。  
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、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。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※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いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 : 03-5795-6111 FAX:03-5795-6107  
 受付時間/9:00～17:30（土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

〈Example〉 When the insured has given birth within six months following loss of eligibility for coverage ~page 2  
**《記入例》被保険者だった者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合 2ページ目**

事業主が記入するところ	⑭被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	⑮被保険者の氏名	健保 明子																												
	⑯労務に服さなかつた期間	平成 16年 9月 17日 から 平成 16年 12月 23日 まで		98日間																												
	上の期間中について、出勤した月がある場合は出勤日と公休日を入力（出勤＝○、公休＝×）																															
	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	⑰	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																														
	⑱報酬を支給しない場合その旨	支給なし H16.9.30付退職																														
	上記のとおり相違ないことを証明します。					平成 16年 12月 23日																										
住所 ○○××株式会社																																
事業主氏名 △△ △△																																
電話番号 111 (1111) 1111																																

If the period for which payment is requested (noted under "(8)" on page 1) coincides with your period of employment, obtain a certificate from the business facility at which you had worked.  
 No certificate is required if the period for which payment is requested does not coincide with your period of employment.

- [担当者の方へ]
- 訂正をした場合は、必ず訂正印（事業主印）を押して下さい。
  - ⑰欄 給与締めごとに証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明して下さい。

医師又は助産師が意見を書くところ	⑲分娩した者の氏名	健保 明子		
	⑳分娩予定年月日	平成16年10月30日	㉑分娩年月日	平成16年10月28日
	㉒単胎又は多胎の別	単胎		
	㉓生産又は死産	生産		
	上記のとおり相違ありません。			
平成 16年 10月 31日				
医療機関の名称・所在地 ××県○○市△△9999 ××産婦人科医院				
医師・助産師の氏名 111-111-1111 電話番号 ( )				

Obtain a certificate from the hospital

- [医師又は助産師の方へ]
- 訂正をした場合は、必ず訂正印を押して下さい。
  - ㉓欄で「死産」の場合は、妊娠何ヵ月目の死産であるかを記入して下さい。