

《記入例》1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でOK

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係						
	内訳	法定							記入不要									
		付加																
分	娩	年	月	日	平成				資	得	昭・平	年	月	日				
書	期	法定	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	格	喪	平成	年	月	日
	間	付加	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	決定標準報酬月額				000円	

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

認印可
シャチハタ不可

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 999 番号 999999	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	健保 明子		
	③被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び 不備書類返却の際に使用します	〒 999-9999 〇〇県△△市××9-9				
	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 checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	99-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	-	
	⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社）	〇〇××株式会社				
	⑥分娩予定年月日	平成 24 年 12 月 16 日	⑦分娩年月日	平成 24 年 12 月 15 日		
	⑧請求できる期間中 分娩のため休んだ期間	平成 24 年 11 月 4 日 から	平成 25 年 2 月 9 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 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	フリガナ
		支店	当座	口座	番号	名義人氏名
		郵便局	記号	番号		フリガナ 名義人氏名

⑪で「いいえ」の場合は被保険者名義の口座記入

⑬に記載の事業所を代理人と定め、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。

平成 **24**年 **12**月 **20**日

被保険者住所 **〇〇県△△市××9-9**

被保険者氏名 **健保 明子**

委任状を記入した日

〔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。
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）

認印可
シャチハタ不可
外国国籍を有する方のみサイン可

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。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059

《記入例》 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 なかった期間	平成 24年 11月 4日 から 平成 25年 2月 9日 まで				98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	
	事業所で証明をしてもらう					
	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 25年 2月 10日						
住所		〇〇××株式会社				
事業主 氏名		△△ △△				
電話番号 777 (777) 777						

〔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 24年 12月 16日	㉑ 分娩年月日	平成 24年 12月 15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 週)				
	上記のとおり	病院で証明をしてもらう				平成 24年 12月 21日
医療機関の名称・所在地		××県〇〇市△△9999 ××産婦人科医院				
医師・助産師の氏名		×× ××				
電話番号 111 (111) 1111						

〔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、妊娠何週目の死産であるかを記入して下さい。

《記入例》 被保険者だった者が資格喪失後に出産した場合 1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でOK

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係						
	内訳	法定							記入不要									
		付加																
分	娩	年	月	日	平成				資	得	昭・平	年	月	日				
書	期	法定	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	格	喪	平成	年	月	日
	間	付加	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	決定標準報酬月額					000円

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

認印可
シャチハタ不可

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 999 番号 999999	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	健保 明子	
	③被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び不備書類返却の際に使用します	〒 999-9999 〇〇県△△市××9-9			
	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 checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	99-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	-
	⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社）	〇〇××株式会社			
	⑥分娩予定年月日	平成 24 年 12 月 16 日	⑦分娩年月日	平成 24 年 12 月 15 日	
	⑧請求できる期間中 分娩のため休んだ期間	平成 24 年 11 月 4 日 から 平成 25 年 2 月 9 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 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 〇〇 郵便局 記号 〇〇	銀行（普通）店番 999 支店 当座 口座番号 888888	フリガナ ケンポ アキ 名義人氏名 健保 明子	
	⑬で「いいえ」の場合は被保険者名義の口座記入	フリガナ 名義人氏名			

- 〔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 分娩予定日より前42日（多胎分娩の場合は98日）と分娩日の翌日から56日間（予定日より前

被保険者だった者が資格喪失後に出産した場合

- ・退職日までに継続して1年以上の期間被保険者資格があった人で、退職日より42日以内（退職日翌日より41日以内）に出産した方が請求できます。
- ・資格喪失日の前日に労務に服していないこと。（事業主からの退職給が支給されており、支給調整の結果出産手当金の支給されない場合を含む）


〔個人情報保護〕

※個人情報※次に示すことがあります。

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。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059

《記入例》被保険者だった者が資格喪失後に出産した場合 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 なかった期間	平成 24年 11月 4日 から 平成 24年 11月 30日 まで		27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 して報酬を支給 した場合	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>請求期間（1ページ目⑧）の在職 期間中について、勤務していた事 業所で証明してもらう。</p> </div>			円
					円
	円				
	円				
	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 24年 12月 22日	
住所	〇〇××株式会社				
事業主 氏名	△△ △△				
	電話番号 777 (777) 777				

〔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 24年 12月 16日	㉑ 分娩年月日	平成 24年 12月 15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 週）			
	上記のとおり相違ないことを証明します。	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>病院で証明をしてもらう</p> </div>			平成 24年 12月 21日
	医療機関の名称・所在地				××県〇〇市△△9999 ××産婦人科医院
医師・助産師の氏名	×× ××		電話番号 111 (111) 1111		

〔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、妊娠何週目の死産であるかを記入して下さい。