

提出手順

- 『被保険者記入欄』を記入する。
- 『医師又は助産師証明欄』に医師又は助産師の証明を受ける。
- 提出する。

《社内便》 MMC 本社 HRサービス課 社会保険出産手当金係 宛

《郵便》 〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1

(株)村田製作所 HRサービス課 社会保険出産手当金係 宛

出産手当金・出産手当金付加金請求書 記入例

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号 - 番号	氏名コード	所属事業所	※請求の効力は2年です ※未記入や書類不備があると差戻により支給が遅れます 不備のないようご提出ください
	① 1 - 23456	OM00000	② 岡山村田製作所	
	出産予定年月日	令和 5 年 5 月 10 日 予定	⑤ 次ページの支給要件および以下2点を確認・同意した上で請求します。 ・本申請の提出および報酬の証明を事業主へ依頼すること ・給付金の振込先は給与A口座であること 自宅住所 〒 ○○○-○○○ ○○市○○ ×××-××	
	出産年月日	令和 5 年 5 月 15 日 出産		
胎児数	③ <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)			
出産のために 休んだ期間 (申請期間)	④ 令和 5 年 3 月 30 日 から 令和 5 年 7 月 10 日 まで	氏名	健康 花子	
		TEL	×××× - ×× - ××××	
⑥	出産した人の氏名	健康 花子		
医 師 又 は 助 産 師 証 明 欄	出産予定年月日	令和 5 年 5 月 10 日 予定	出産年月日	令和 5 年 5 月 15 日 出産
	生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠第 週)	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)
	証明日	令和 5 年 7 月 10 日		
	医療機関住所	〒○○○-○○○ ○○市○○ ×××-××		
医療機関名称	○○○病院			
医師又は助産師名	保険 一郎			TEL ×××× - ×× - ××××

- ① マイナポータル、資格確認者、健康保険証のいずれかから確認できます。
- ② 所属している事業所名を記入してください。
- ③ 『単胎』か『多胎』のいずれかを選択してください。多胎の場合は、胎児数を記入してください。
- ④ 出産のため、仕事につかなかった期間(会社休日・有休を含む)を記入してください。
- ⑤ 内容を確認・同意の上、被保険者の住所・氏名・電話番号を記入してください。
- ⑥ 『医師又は助産師証明欄』に医師又は助産師の証明をもらってください。

※ 消えないボールペンで記入してください。

※ 記入漏れのないようお願いします。

※ 記入内容を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、抹消部分に記入者の印を押して、その上部余白に正しい字句を記入してください。