提出手順

1.『被保険者記入欄』を記入する。
2.『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。
3. 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
㈱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

出産手当金･出産手当金付加金　請求書

※請求の時効は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

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	申請について ❸
❶ 1 － 23456	OM00000	❷ 岡山村田製作所	☐ 出産前の申請 ☑ 出産後の申請

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
胎児数	❹ ☑ 単胎　☐ 多胎(　　児)
出産のために休んだ期間（申請期間）	❺ 令和 5 年 3 月 30 日 から 令和 5 年 7 月 10 日 まで

❻ 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 〒　〇〇〇－〇〇〇〇
〇〇市〇〇 ×××－××
氏名　健康　花子
TEL　×××× － ×× － ××××

❼ 医師又は助産師証明欄

出産した人の氏名	健康　花子		
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	☑ 生産　☐ 死産(妊娠第　週)	出生児の数	☑ 単胎　☐ 多胎(　　児)
証明日	令和 5 年 7 月 10 日		
医療機関住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇　〇〇市〇〇 ×××－××		
医療機関名称	〇〇〇病院		
医師又は助産師名	保険　一郎	TEL	×××× － ×× － ××××

❶ 保険証の上部に表示された記号・番号を記入してください。
❷ 所属している事業所名を記入してください。
❸ 『出産前』か『出産後』のいずれかを選択してください。
❹ 『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。
❺ 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。
❻ 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。
❼ 『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にお願いします。
※ 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。

2023.11 改