

Health Insurance Claim for Maternity Allowance

*Please fill in the form in Japanese.

Information on insured person	Insurance code and number	Code	Number	Name of affiliated office	
	Name	Furigana		Date of birth	(Year) / (Month) / (Day) Showa / Heisei / /
	Address, telephone number, etc. of applicant (daytime phone number)	Postal code		Phone number ()	
	Employee ID			E-mail address	

Application details	Due date	Reiwa (Y) / (M) / (D)	Delivery date	Reiwa (Y) / (M) / (D)
	Period taken off for childbirth	Reiwa (Y) / (M) / (D) to Reiwa (Y) / (M) / (D)	days	
	Did you receive payment while you were on maternity leave? And will you receive payment in the future?		To present	Have received / Have not received
			In the future	Will be able to receive / Will not be able to receive
	<input type="checkbox"/> If you answered "Have received" or "Will be able to receive" above, please enter the remuneration payment period and remuneration amount below.			
	Remuneration payment period	Reiwa (Y) / (M) / (D) to Reiwa (Y) / (M) / (D)	days	
Amount of remuneration received	yen	Amount of remuneration that will be received	yen	

※ Only fill out the following if you wish to transfer funds to another account other than your payroll account

Information on transfer destination	Name of financial institution	Bank Shinkin bank (credit treasury)		Central branch	Branch number
	Type of account	Savings account Checking account	Account number	Name of account holder (Katakana)	

医師・助産師の証明	出産者氏名		出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠第 月または第 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名					

Remarks	Individual number (not required when entering insured code and number)	
	*If you entered your individual number, please attach the following documents to confirm your individual number and identity.	
	One of the following: (1) Copy of individual number notification card, (2) Copy of certificate of residence listing individual number, (3) Copy of individual number card (both sides) • When attaching (1) or (2) above, also attach one of the following: copy of driver's license or copy of passport	

Date request received (stamp)

■ Please obtain a certificate from your employer.

事業主証明欄	被保険者氏名																																											
	勤務状況【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																															出勤	有給											
	令和	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	日	日								
	令和	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	日	日								
	令和	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	日	日								
	令和	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	日	日								
	令和	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	日	日								
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か															はい ・ いいえ										賃金計算 締日		日																
	給与の種類		月給					日給					時間給										歩合給					その他()										賃金計算 支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日		
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・賃金等)		支給期間																															支給額				支払日						
年			月			日			～			年			月			日			円				月				日															
年			月			日			～			年			月			日			円				月				日															
年			月			日			～			年			月			日			円				月				日															
年			月			日			～			年			月			日			円				月				日															
現在まで、または将来も支給しない場合はその理由																																												
賃金計算方法(欠勤控除等)																																												
上記のとおり相違ないことを証明します。																																			令和				年		月		日	
事業主		所在地																																										
		名 称																																										
		氏 名																																										
		電 話																																										

【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

社会保険労務士の提出代行欄