

(被保険者の注意事項)

- ア. 年号、㉗の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
- イ. ①および⑤の欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑥欄は、勤務先から交付される「賃金支払内訳票」などをみて記入してください。
- ウ. 出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前 42 日（多胎の妊娠の場合は 98 日間）から出産の日後 56 日までの間を限度として支給されます。
- エ. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
- オ. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

(事業主の注意事項)

- カ. ④欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
- なお、「支給しない」を○で囲んだ場合は、「将来支給する」、「将来も支給しない」のいずれかを必ず○で囲んでください。
- キ. ㉘欄の「全額支給」または「一部支給」とは、一日当りの賃金の全額または一部の意味です。
- ク. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
- ケ. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。

(医師の注意事項)

- コ. ㉙欄の出産予定年月日は必ず記入してください。
- サ. ㉚、㉛、㉜の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
- シ. ㉝欄の「死産」を○で囲んだ場合は、妊娠何ヵ月の死産であるかを当該欄に付記してください。
- ス. ㉞欄の「多胎」を○で囲んだ場合は、出生児の数を当該欄に付記してください。
- セ. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

(共通する注意事項)

- ソ. ㉟、㊱の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。
- たとえば、10 月 13 日から 10 月 29 日までは、17 日間となります。