

(被保険者への注意事項)

- ア. ①、②および③は、健康保険の被保険者証に記載されています。
- イ. ④の年号および⑬は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
なお、⑭は、請求書を提出するとき現在までことを「受けた」、「受けない」、にまた、将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて二つの事項をマルで囲んでください。
- ウ. ⑨は被保険者または請求者の氏名を記入してください。
- エ. 分べん前に請求する場合は、⑫欄に分べん予定日を記入してください。
- オ. 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所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、分べん日（分べん日分べん予定日より遅れた場合においては分べん予定日）以前 42 日（多胎妊娠の場合においては 98 日）目から分べん日後 56 日目までの期間を限度として支給されます。
なお、分べんの当日は、分べんの日以前の期間に含まれます。
- カ. 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)

- キ. ⑮は、「現在までも、また将来も支給しない」と記入してください。
- ク. 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。

(医師または助産婦への注意事項)

- ケ. ⑯、⑰、⑱及び⑲の欄は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
- コ. ⑲の「死産」をマルで囲んだ場合は、妊娠ヶ月の死産であるかを当該欄に付記してください。

(共通する注意事項)

- サ. ⑭、⑮、⑯、⑰、⑱および⑲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 6 月 13 日から 6 月 19 日までは 7 日間となります。
- シ. ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者（訂正者）の氏名（サイン）をご記入ください。