

(認定様式 12 号)

| | | | | |
|--|------|-----|-----|-----|
| 出 産 手 当 金 申 告 書 オリンパス健康保険組合理事長 殿 | 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 担当者 |
| | | | | |

扶養認定の申請にあたり出産手当金について下記の通り申告致します。

| | | | | |
|-------|-------|---|--------|----------|
| 被保険者 | 保険証番号 | — | 被保険者氏名 | 印 |
| 認定対象者 | 対象者氏名 | | 出産予定日 | 令和 年 月 日 |

前会社に下記の項目を記入・証明してもらってください。

手当金の受給が終了してからの申請の方は薄グレーの網掛けの部分へのご記入もお願いいたします。

| | | | | | |
|----------------------------------|---|-------------|-------|-------------|---|
| 認定対象者 前会社記入 申請前の 状況 | 対象者氏名 | | 標準報酬 | 千円 | |
| | 在籍年数 | 年 月 | 退職年月日 | 平成・令和 年 月 日 | |
| | 健保組合名 | | | | |
| | 健保組合 電話番号 | | 出 産 日 | 平成・令和 年 月 日 | |
| | 支給開始日 | 平成・令和 年 月 日 | 支給終了日 | 平成・令和 年 月 日 | |
| | 上記を証明いたします。 令和 年 月 日 住 所 会 社 名 代表者名 | | | | 印 |

認定対象者の方は扶養申請する前に下記の内容をご確認ください。
該当のカッコ欄 [] にチェック・記入をお願いいたします。

※下記の①～③で該当するものにチェックをしてください。

①～③でチェックが1つでもある方は手当金を受給する資格がありません。

- [] ①資格喪失した前日までに継続して1年以上の被保険者期間がない。
 [] ②資格喪失後、42日以降の出産である。
 [] ③退職日に支給条件を満たしていない。

上記に該当しなかった方は下記にご記入願います。

※手当金を受給する意思はありますか？

[] ある

④に該当する方は出産手当金を受給すると扶養申請できません。受給終了（産後56日後）し
てからの申請になります。

- [] ④標準報酬月額が170千円以上である。
 [] ⑤標準報酬月額が160千円以下である。
 [] ⑥出産手当金受給後の申請である。

[] ない

受給の意思の有無にかかわらず雇用保険申告書を提出して下さい。

手当金を受給しないことをお約束いたします。認定対象者 氏名 _____ 印

**注：上記申告項目の内容に違反した場合は、当該期間中に受けた保険給付金の返却を請求する
場合があります。**