

Health Insurance Application for Maternity Allowance

Section to be filled out by the insured person	Health insurance card code and number	Code	Date individual became eligible as an insured person			(Y)	(M)	(D)	Date individual lost eligibility as an insured person (If after loss)			(Y)	(M)	(D)
		Number												
	Name and seal of insured person (claimant)	<i>Furigana</i>						Address of insured person (claimant)		〒				
	Date of birth	(Y)	(M)	(D)	TEL (extension)		TEL		()					
	Office and department								Employee code					
	Delivery date	(Y)	(M)	(D)	Expected due date	(Y)	(M)	(D)						
	Length of maternity leave	(Y)	(M)	(D)	to		(Y)	(M)	(D)	days				
		(Y)	(M)	(D)										
	(1) Is or will compensation (wages) be provided for any part of the maternity leave above?	In the past		Yes / No			In the future		Yes / No					
	(2) Amount and period compensation has been or will be paid and the basis for that compensation			(Y)	(M)	(D)			yen					

Financial institution for payment	Bank Credit union		Central branch Branch
	Branch number	Account number	
	Savings / Checking		
	Name of account holder (<i>Furigana</i>)		

※健保使用欄	<input type="checkbox"/> 12月間以上 <input type="checkbox"/> 12月間未満		被保険者平均 標準報酬月額	千円
	健保組合平均 標準報酬月額	千円	支給日額	円
	支給日数	日間		
	支給額	()円 × ()日間 = ()円		
	円			

*Please make sure to fill in the bank account owned by the insured person.

社会保険労務士の提出代行記載欄

To the Executive Head of the Western Digital Technologies Health Insurance Association

医師又は助産師が証明するところ	出産年月日	年 月 日	出産予定年月日	年 月 日	
	正常出産又は異常出産の別	正 常 ・ 異 常		生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヶ 月)
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			
	入院して出産したときは、その期間	年 月 日 から	日 間	入 院 の 費 用 の 別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他
		年 月 日 まで			
上記のとおり相違ないことを証明します。					
年 月 日					
所在地					
職名 () 名 称					
氏 名					
電 話					

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日 から	日 間	給与の締日 及び 支払日	
			年 月 日 まで		日 締 日 払	
	うへの期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から	の分の報酬を	円	
			年 月 日 まで			
		②一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から	の分の報酬を	円	
		年 月 日 まで				
	③現在まで又は将来も支給しない場合はその旨	年 月 日 から	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。			
		年 月 日 まで				
上記のとおり相違ないことを証明します。						
年 月 日						
所在地						
事業主 名 称						
氏 名						
電 話						

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

Remarks	Individual Number (not required when entering the health insurance card code and number of the insured person)
	*If you included your Individual Number, please attach the documents below to verify your Individual Number and identity. One of the following: (1) Copy of the Individual Number notification card (front side), (2) copy of a certificate of residence including the Individual Number, or a (3) copy of the Individual Number card (both sides) - Include one of the following as well when attaching (1) or (2) above: copy of driver's license or copy of passport