

社会保険

にいがた



水のある風景

▲阿賀野川と遊覧船（阿賀町（旧鹿瀬町））

Contents

- 謹んで地震被害のお見舞いを申し上げます
- 生活習慣病予防健診の新規実施機関のお知らせ
- 健康保険の給付 出産手当金

電話による年金相談は「ねんきんダイヤル」をご利用ください

イイロウゴ

ねんきんダイヤル **0570-05-1165**

被保険者資格と報酬月額は正しく届出しましょう

社会保険庁ホームページ <http://www.sia.go.jp> 社会保険庁年金ホームページ <http://www.nenkin.go.jp>

【職場内で回覧しましょう】

謹んで地震被害の

お見舞いを申し上げます

この度の新潟県中越沖地震により被害を受けられました
皆様に心よりお見舞い申し上げます。

このうえは、一日も早い復旧と皆様のご健康を心よりお祈り
申し上げます。

財団法人

新潟県社会保険協会

会長 金子 仁

新潟県中越沖地震により被害を受けられた皆様に謹んでお見舞い申し上げます。一日も早い復旧と皆様のご健康を心からお祈り申し上げます。

被災された事業主の皆様へ

- この度の震災により事業所が相当な損失をうけ、保険料を納付期限までに納めることができない場合は、申請により一定期間保険料の納付を猶予する制度があります。
- 被災により被保険者証をなくされた被保険者（被扶養者）の方がおられましたら、速やかに再交付の手続きをお願いいたします。

また、被災者の方で治療を必要とするときに被保険者証が手元になくても、病院の窓口で、氏名・生年月日・勤め先を申し立てることにより保険診療が受けられますので、被保険者の方々に周知願います。

詳しい内容については、事業所を管轄している社会保険事務所へお問い合わせください。

被災された国民年金被保険者の皆様へ

- この度の震災により、国民年金保険料の納付にお困りの方には免除制度があります。
詳しい内容については、お近くの社会保険事務所、またはお住まいの市町村の国民年金担当窓口へご相談ください。

新潟社会保険事務局・社会保険事務所



生活習慣病予防健診の新規実施機関のお知らせ

政府管掌健康保険では、被保険者やその被扶養配偶者の方の健康管理をサポートするために、生活習慣病予防健診と保健師による健診後の健康相談を実施しています。

平成19年8月からは、次の健診実施機関でも政府管掌健康保険生活習慣病予防健診を受けることができます。ぜひご利用ください。

【生活習慣病予防健診新規実施機関一覧表】

健診機関コード	健診機関名	住 所	電話番号
042	医療法人 愛広会 新潟リハビリテーション病院	〒950-3304 新潟市北区木崎761	025-388-2111
043	医療法人 新成医会 総合リハビリテーションセンター みどり病院	〒950-0983 新潟市中央区神道寺2-5-1	025-244-0080
044	医療法人 崇徳会 長岡西病院	〒940-2081 長岡市三ツ郷屋町371-1	0258-27-8500

まだ健診のお申し込みをされていない方は、早めに(財)社会保険健康事業財団新潟県支部に提出しましょう。

お申し込み・お問い合わせは

〒951-8113 新潟市中央区寄居町332

 財団 法人 社会保険健康事業財団 新潟県支部 TEL 025-229-4851・4852

社会保険

Q & A
療養費

Q 子供が弱視のため、治療用の眼鏡を作りましたが、その購入費用が払い戻しされると聞きました。どのような手続きをすればいいですか？

A 9歳未満のお子さんが弱視等で治療用眼鏡が必要と診断され、眼鏡やコンタクトレンズを作成した場合、その作成費用の一部が健康保険から療養費として払い戻されます。管轄の社会保険事務所へ療養費支給申請書を提出してください。

支給の要件、請求にあたって必要となるのは次のとおりです。



支給の要件

- 1 9歳未満の小児が装着するものであること。
- 2 眼鏡（コンタクトレンズ）が弱視、斜視または先天白内障術後の屈折矯正で治療用として必要なものであること。

請求にあたって必要となるもの

- 1 眼鏡装着が治療上必要と認めた医師の検査結果が記入された証明
- 2 眼鏡（コンタクトレンズ）作成費用の領収書

平成18年4月から払い戻しを受けられることになっていますので、請求もれがないか確認してみてください。

また、一定の要件を満たしていれば、治療用眼鏡等の更新についても支給の対象となります。



健康保険の給付 出産手当金

出産手当金は、被保険者が出産のために仕事を休み、給料を受けられないときに産前産後の一定期間支給されます。

支給の要件

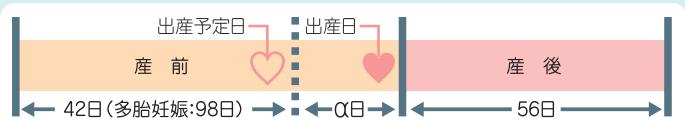
- 被保険者が、出産のため仕事を休んでいること
 - 給料などを受けられないこと

※妊娠4ヶ月(85日)以上であれば、早産・死産(流産)・人工中絶でも支給されます。

支給期間

出産日（出産予定日より遅れた場合は予定日）以前42日から、出産日後56日までの間です。

※多胎妊娠の場合は出産の日以前が98日となります。



申請書は下記を参考にして、正しく記載してください。

<p>CHECK! 被保険者証の記号番号を必ず記入してください。</p> <p>被保険者が自署する場合は押印不要です。</p> <p>CHECK! 郵便番号とフリガナも記入してください。</p> <p>出産日（予定出産の場合は予定日）を記入してください。</p> <p>出産のために休んだ期間・日数を記入してください。</p> <p>CHECK! 被保険者名義の口座を記入してください。 ※郵便局口座への振込はできません。</p> <p>被保険者以外の口座を希望する場合に記入し必ず押印してください。</p> <p>提出していただいた書類をお返しするケースがあります。支払いが遅れる原因となりますので、提出される前にもう一度確認をお願いします。</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">届出コード</td> <td style="width: 10%;">3 0 8</td> <td style="width: 80%;">健康保険出産手当金支給申請書（第一回）</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">被保険者証の記号・番号</td> <td style="width: 10%;">④ 生年月日</td> <td style="width: 10%;">⑤ 入院料計算</td> <td style="width: 10%;">⑥ 申込者</td> <td style="width: 10%;">⑦ 受取人</td> <td style="width: 10%;">⑧ 受付年月日</td> </tr> <tr> <td>新潟けんぽ</td> <td>161 540324</td> <td>1. 2. 3. 4. 5.</td> <td>申込者</td> <td>代理人</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>記入欄</td> <td>記入欄</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>印</td> <td>印</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">⑨ 被保険者（申請者）の氏名と印</td> <td style="width: 10%;">ニイガタ ハナコ</td> <td style="width: 10%;">⑩ 事業所の名称</td> <td style="width: 10%;">(株) 健康産業</td> </tr> <tr> <td>被保険者番号</td> <td>9500965 (フリガナ)</td> <td>新潟市中央区新光町1-16</td> <td>電話 025-123-8888</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>9500965</td> <td>新潟市中央区新光町1-16</td> <td>電話 025-123-8888</td> </tr> <tr> <td>住所コード</td> <td></td> <td>新潟市中央区新光町1-16</td> <td>電話 025-123-8888</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">⑪ 被保険者の資格を得た日</td> <td style="width: 10%;">平成 年 月 日</td> <td style="width: 10%;">⑫ 被保険者の標準報酬月額</td> <td style="width: 10%;">千円</td> </tr> <tr> <td>出産（予定）の日</td> <td>平成 19 年 6 月 1 日</td> <td>左記の際の出産日は未定ですか又は予定ですか？</td> <td>実出産（出産予定日19年5月30日）</td> </tr> <tr> <td>（予定）の日</td> <td>平成 19 年 6 月 1 日</td> <td>予定ですか？</td> <td>予定出産</td> </tr> <tr> <td>出産のため休んだ期間（支給期間）</td> <td>平成 19 年 4 月 19 日 平成 19 年 7 月 27 日</td> <td>100 日間</td> <td>自 年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>△うえの欄に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。</td> <td>受けた・受けない 受けられる</td> <td>⑬ 貸解の実施を受けたとき又は受けられたときの報酬支払の基礎になった（なる）期間</td> <td>平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>備考</td> <td>の分として</td> </tr> <tr> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>備考</td> <td>の分として</td> </tr> <tr> <td>減額期間</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>全部不支給</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>不支給（産前）</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>不支給（産後）</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>支払区分</td> <td>銀行送金支払区分コード</td> <td>山川</td> <td>新潟東</td> </tr> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>預金種別コード</td> <td>金庫 信託 信託 信託 信託 信託</td> <td>本店 出張所 本所 支所 本店 支店</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> <td>口座名義</td> <td>新潟 花子</td> </tr> <tr> <td>銀行送金の場合</td> <td>銀行</td> <td>支店</td> <td>郵便局送金の場合</td> </tr> <tr> <td>郵便局</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">被保険者（申請者）</td> <td style="width: 50%;">住所 氏名</td> </tr> <tr> <td>（フリガナ）</td> <td>委任者と代理人との関係</td> </tr> <tr> <td>代理人の氏名と印</td> <td></td> </tr> <tr> <td>代理人の住所</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>受取代理人の欄</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>社会保険労務士の提出代行者印</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>平成 19 年 7 月 31 日提出 受付印</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	届出コード	3 0 8	健康保険出産手当金支給申請書（第一回）	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">被保険者証の記号・番号</td> <td style="width: 10%;">④ 生年月日</td> <td style="width: 10%;">⑤ 入院料計算</td> <td style="width: 10%;">⑥ 申込者</td> <td style="width: 10%;">⑦ 受取人</td> <td style="width: 10%;">⑧ 受付年月日</td> </tr> <tr> <td>新潟けんぽ</td> <td>161 540324</td> <td>1. 2. 3. 4. 5.</td> <td>申込者</td> <td>代理人</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>記入欄</td> <td>記入欄</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>印</td> <td>印</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>			被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 入院料計算	⑥ 申込者	⑦ 受取人	⑧ 受付年月日	新潟けんぽ	161 540324	1. 2. 3. 4. 5.	申込者	代理人	年 月 日				記入欄	記入欄	年 月 日				印	印	年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">⑨ 被保険者（申請者）の氏名と印</td> <td style="width: 10%;">ニイガタ ハナコ</td> <td style="width: 10%;">⑩ 事業所の名称</td> <td style="width: 10%;">(株) 健康産業</td> </tr> <tr> <td>被保険者番号</td> <td>9500965 (フリガナ)</td> <td>新潟市中央区新光町1-16</td> <td>電話 025-123-8888</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>9500965</td> <td>新潟市中央区新光町1-16</td> <td>電話 025-123-8888</td> </tr> <tr> <td>住所コード</td> <td></td> <td>新潟市中央区新光町1-16</td> <td>電話 025-123-8888</td> </tr> </table>			⑨ 被保険者（申請者）の氏名と印	ニイガタ ハナコ	⑩ 事業所の名称	(株) 健康産業	被保険者番号	9500965 (フリガナ)	新潟市中央区新光町1-16	電話 025-123-8888	郵便番号	9500965	新潟市中央区新光町1-16	電話 025-123-8888	住所コード		新潟市中央区新光町1-16	電話 025-123-8888	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">⑪ 被保険者の資格を得た日</td> <td style="width: 10%;">平成 年 月 日</td> <td style="width: 10%;">⑫ 被保険者の標準報酬月額</td> <td style="width: 10%;">千円</td> </tr> <tr> <td>出産（予定）の日</td> <td>平成 19 年 6 月 1 日</td> <td>左記の際の出産日は未定ですか又は予定ですか？</td> <td>実出産（出産予定日19年5月30日）</td> </tr> <tr> <td>（予定）の日</td> <td>平成 19 年 6 月 1 日</td> <td>予定ですか？</td> <td>予定出産</td> </tr> <tr> <td>出産のため休んだ期間（支給期間）</td> <td>平成 19 年 4 月 19 日 平成 19 年 7 月 27 日</td> <td>100 日間</td> <td>自 年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>△うえの欄に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。</td> <td>受けた・受けない 受けられる</td> <td>⑬ 貸解の実施を受けたとき又は受けられたときの報酬支払の基礎になった（なる）期間</td> <td>平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>備考</td> <td>の分として</td> </tr> <tr> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>備考</td> <td>の分として</td> </tr> <tr> <td>減額期間</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>全部不支給</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>不支給（産前）</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>不支給（産後）</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>支払区分</td> <td>銀行送金支払区分コード</td> <td>山川</td> <td>新潟東</td> </tr> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>預金種別コード</td> <td>金庫 信託 信託 信託 信託 信託</td> <td>本店 出張所 本所 支所 本店 支店</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> <td>口座名義</td> <td>新潟 花子</td> </tr> <tr> <td>銀行送金の場合</td> <td>銀行</td> <td>支店</td> <td>郵便局送金の場合</td> </tr> <tr> <td>郵便局</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">被保険者（申請者）</td> <td style="width: 50%;">住所 氏名</td> </tr> <tr> <td>（フリガナ）</td> <td>委任者と代理人との関係</td> </tr> <tr> <td>代理人の氏名と印</td> <td></td> </tr> <tr> <td>代理人の住所</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>受取代理人の欄</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>社会保険労務士の提出代行者印</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>平成 19 年 7 月 31 日提出 受付印</p> </td> </tr> </table>			⑪ 被保険者の資格を得た日	平成 年 月 日	⑫ 被保険者の標準報酬月額	千円	出産（予定）の日	平成 19 年 6 月 1 日	左記の際の出産日は未定ですか又は予定ですか？	実出産（出産予定日19年5月30日）	（予定）の日	平成 19 年 6 月 1 日	予定ですか？	予定出産	出産のため休んだ期間（支給期間）	平成 19 年 4 月 19 日 平成 19 年 7 月 27 日	100 日間	自 年 月 日 ～ 年 月 日	△うえの欄に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。	受けた・受けない 受けられる	⑬ 貸解の実施を受けたとき又は受けられたときの報酬支払の基礎になった（なる）期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	支給算出額の手帳コード	支給算出額の手帳コード	備考	の分として	支給算出額の手帳コード	支給算出額の手帳コード	備考	の分として	減額期間	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円		全部不支給	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円		不支給（産前）	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円		不支給（産後）	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円		支払区分	銀行送金支払区分コード	山川	新潟東	金融機関コード	預金種別コード	金庫 信託 信託 信託 信託 信託	本店 出張所 本所 支所 本店 支店	口座番号	1 2 3 4 5 6	口座名義	新潟 花子	銀行送金の場合	銀行	支店	郵便局送金の場合	郵便局				<p>本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">被保険者（申請者）</td> <td style="width: 50%;">住所 氏名</td> </tr> <tr> <td>（フリガナ）</td> <td>委任者と代理人との関係</td> </tr> <tr> <td>代理人の氏名と印</td> <td></td> </tr> <tr> <td>代理人の住所</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>受取代理人の欄</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>社会保険労務士の提出代行者印</td> <td></td> </tr> </table>				被保険者（申請者）	住所 氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係	代理人の氏名と印		代理人の住所	（フリガナ）	郵便番号		郵便番号	（フリガナ）	受取代理人の欄	（フリガナ）	社会保険労務士の提出代行者印		<p>平成 19 年 7 月 31 日提出 受付印</p>			
届出コード	3 0 8	健康保険出産手当金支給申請書（第一回）																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">被保険者証の記号・番号</td> <td style="width: 10%;">④ 生年月日</td> <td style="width: 10%;">⑤ 入院料計算</td> <td style="width: 10%;">⑥ 申込者</td> <td style="width: 10%;">⑦ 受取人</td> <td style="width: 10%;">⑧ 受付年月日</td> </tr> <tr> <td>新潟けんぽ</td> <td>161 540324</td> <td>1. 2. 3. 4. 5.</td> <td>申込者</td> <td>代理人</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>記入欄</td> <td>記入欄</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>印</td> <td>印</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>			被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 入院料計算	⑥ 申込者	⑦ 受取人	⑧ 受付年月日	新潟けんぽ	161 540324	1. 2. 3. 4. 5.	申込者	代理人	年 月 日				記入欄	記入欄	年 月 日				印	印	年 月 日																																																																																																																			
被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 入院料計算	⑥ 申込者	⑦ 受取人	⑧ 受付年月日																																																																																																																																								
新潟けんぽ	161 540324	1. 2. 3. 4. 5.	申込者	代理人	年 月 日																																																																																																																																								
			記入欄	記入欄	年 月 日																																																																																																																																								
			印	印	年 月 日																																																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">⑨ 被保険者（申請者）の氏名と印</td> <td style="width: 10%;">ニイガタ ハナコ</td> <td style="width: 10%;">⑩ 事業所の名称</td> <td style="width: 10%;">(株) 健康産業</td> </tr> <tr> <td>被保険者番号</td> <td>9500965 (フリガナ)</td> <td>新潟市中央区新光町1-16</td> <td>電話 025-123-8888</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>9500965</td> <td>新潟市中央区新光町1-16</td> <td>電話 025-123-8888</td> </tr> <tr> <td>住所コード</td> <td></td> <td>新潟市中央区新光町1-16</td> <td>電話 025-123-8888</td> </tr> </table>			⑨ 被保険者（申請者）の氏名と印	ニイガタ ハナコ	⑩ 事業所の名称	(株) 健康産業	被保険者番号	9500965 (フリガナ)	新潟市中央区新光町1-16	電話 025-123-8888	郵便番号	9500965	新潟市中央区新光町1-16	電話 025-123-8888	住所コード		新潟市中央区新光町1-16	電話 025-123-8888																																																																																																																											
⑨ 被保険者（申請者）の氏名と印	ニイガタ ハナコ	⑩ 事業所の名称	(株) 健康産業																																																																																																																																										
被保険者番号	9500965 (フリガナ)	新潟市中央区新光町1-16	電話 025-123-8888																																																																																																																																										
郵便番号	9500965	新潟市中央区新光町1-16	電話 025-123-8888																																																																																																																																										
住所コード		新潟市中央区新光町1-16	電話 025-123-8888																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">⑪ 被保険者の資格を得た日</td> <td style="width: 10%;">平成 年 月 日</td> <td style="width: 10%;">⑫ 被保険者の標準報酬月額</td> <td style="width: 10%;">千円</td> </tr> <tr> <td>出産（予定）の日</td> <td>平成 19 年 6 月 1 日</td> <td>左記の際の出産日は未定ですか又は予定ですか？</td> <td>実出産（出産予定日19年5月30日）</td> </tr> <tr> <td>（予定）の日</td> <td>平成 19 年 6 月 1 日</td> <td>予定ですか？</td> <td>予定出産</td> </tr> <tr> <td>出産のため休んだ期間（支給期間）</td> <td>平成 19 年 4 月 19 日 平成 19 年 7 月 27 日</td> <td>100 日間</td> <td>自 年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>△うえの欄に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。</td> <td>受けた・受けない 受けられる</td> <td>⑬ 貸解の実施を受けたとき又は受けられたときの報酬支払の基礎になった（なる）期間</td> <td>平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>備考</td> <td>の分として</td> </tr> <tr> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>支給算出額の手帳コード</td> <td>備考</td> <td>の分として</td> </tr> <tr> <td>減額期間</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>全部不支給</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>不支給（産前）</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>不支給（産後）</td> <td>期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>支払区分</td> <td>銀行送金支払区分コード</td> <td>山川</td> <td>新潟東</td> </tr> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>預金種別コード</td> <td>金庫 信託 信託 信託 信託 信託</td> <td>本店 出張所 本所 支所 本店 支店</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> <td>口座名義</td> <td>新潟 花子</td> </tr> <tr> <td>銀行送金の場合</td> <td>銀行</td> <td>支店</td> <td>郵便局送金の場合</td> </tr> <tr> <td>郵便局</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">被保険者（申請者）</td> <td style="width: 50%;">住所 氏名</td> </tr> <tr> <td>（フリガナ）</td> <td>委任者と代理人との関係</td> </tr> <tr> <td>代理人の氏名と印</td> <td></td> </tr> <tr> <td>代理人の住所</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>受取代理人の欄</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>社会保険労務士の提出代行者印</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>平成 19 年 7 月 31 日提出 受付印</p> </td> </tr> </table>			⑪ 被保険者の資格を得た日	平成 年 月 日	⑫ 被保険者の標準報酬月額	千円	出産（予定）の日	平成 19 年 6 月 1 日	左記の際の出産日は未定ですか又は予定ですか？	実出産（出産予定日19年5月30日）	（予定）の日	平成 19 年 6 月 1 日	予定ですか？	予定出産	出産のため休んだ期間（支給期間）	平成 19 年 4 月 19 日 平成 19 年 7 月 27 日	100 日間	自 年 月 日 ～ 年 月 日	△うえの欄に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。	受けた・受けない 受けられる	⑬ 貸解の実施を受けたとき又は受けられたときの報酬支払の基礎になった（なる）期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	支給算出額の手帳コード	支給算出額の手帳コード	備考	の分として	支給算出額の手帳コード	支給算出額の手帳コード	備考	の分として	減額期間	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円		全部不支給	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円		不支給（産前）	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円		不支給（産後）	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円		支払区分	銀行送金支払区分コード	山川	新潟東	金融機関コード	預金種別コード	金庫 信託 信託 信託 信託 信託	本店 出張所 本所 支所 本店 支店	口座番号	1 2 3 4 5 6	口座名義	新潟 花子	銀行送金の場合	銀行	支店	郵便局送金の場合	郵便局				<p>本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">被保険者（申請者）</td> <td style="width: 50%;">住所 氏名</td> </tr> <tr> <td>（フリガナ）</td> <td>委任者と代理人との関係</td> </tr> <tr> <td>代理人の氏名と印</td> <td></td> </tr> <tr> <td>代理人の住所</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>受取代理人の欄</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>社会保険労務士の提出代行者印</td> <td></td> </tr> </table>				被保険者（申請者）	住所 氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係	代理人の氏名と印		代理人の住所	（フリガナ）	郵便番号		郵便番号	（フリガナ）	受取代理人の欄	（フリガナ）	社会保険労務士の提出代行者印		<p>平成 19 年 7 月 31 日提出 受付印</p>																																																						
⑪ 被保険者の資格を得た日	平成 年 月 日	⑫ 被保険者の標準報酬月額	千円																																																																																																																																										
出産（予定）の日	平成 19 年 6 月 1 日	左記の際の出産日は未定ですか又は予定ですか？	実出産（出産予定日19年5月30日）																																																																																																																																										
（予定）の日	平成 19 年 6 月 1 日	予定ですか？	予定出産																																																																																																																																										
出産のため休んだ期間（支給期間）	平成 19 年 4 月 19 日 平成 19 年 7 月 27 日	100 日間	自 年 月 日 ～ 年 月 日																																																																																																																																										
△うえの欄に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。	受けた・受けない 受けられる	⑬ 貸解の実施を受けたとき又は受けられたときの報酬支払の基礎になった（なる）期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで																																																																																																																																										
支給算出額の手帳コード	支給算出額の手帳コード	備考	の分として																																																																																																																																										
支給算出額の手帳コード	支給算出額の手帳コード	備考	の分として																																																																																																																																										
減額期間	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円																																																																																																																																											
全部不支給	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円																																																																																																																																											
不支給（産前）	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円																																																																																																																																											
不支給（産後）	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 敷 金 額	万円																																																																																																																																											
支払区分	銀行送金支払区分コード	山川	新潟東																																																																																																																																										
金融機関コード	預金種別コード	金庫 信託 信託 信託 信託 信託	本店 出張所 本所 支所 本店 支店																																																																																																																																										
口座番号	1 2 3 4 5 6	口座名義	新潟 花子																																																																																																																																										
銀行送金の場合	銀行	支店	郵便局送金の場合																																																																																																																																										
郵便局																																																																																																																																													
<p>本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">被保険者（申請者）</td> <td style="width: 50%;">住所 氏名</td> </tr> <tr> <td>（フリガナ）</td> <td>委任者と代理人との関係</td> </tr> <tr> <td>代理人の氏名と印</td> <td></td> </tr> <tr> <td>代理人の住所</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>受取代理人の欄</td> <td>（フリガナ）</td> </tr> <tr> <td>社会保険労務士の提出代行者印</td> <td></td> </tr> </table>				被保険者（申請者）	住所 氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係	代理人の氏名と印		代理人の住所	（フリガナ）	郵便番号		郵便番号	（フリガナ）	受取代理人の欄	（フリガナ）	社会保険労務士の提出代行者印																																																																																																																											
被保険者（申請者）	住所 氏名																																																																																																																																												
（フリガナ）	委任者と代理人との関係																																																																																																																																												
代理人の氏名と印																																																																																																																																													
代理人の住所	（フリガナ）																																																																																																																																												
郵便番号																																																																																																																																													
郵便番号	（フリガナ）																																																																																																																																												
受取代理人の欄	（フリガナ）																																																																																																																																												
社会保険労務士の提出代行者印																																																																																																																																													
<p>平成 19 年 7 月 31 日提出 受付印</p>																																																																																																																																													

支給金額

休んだ期間の1日につき、標準報酬日額の3分の2が支給されます。

支給の調整

以下の場合は、支給額が調整されます。

●給料などを受けられるとき

給料が支払われている場合は、出産手当金は支給されません。ただし、給料が支払われても出産手当金の額より少ないとときは、その差額が支給されます。

●傷病手当金を受けられるとき

出産手当金の支給期間中に、傷病手当金の要件も満たす場合は、出産手当金が優先し、傷病手当金は支給されません。その間に傷病手当金が支給されてしまった場合は、出産手当金の内払いとみなされ、その額だけ出産手当金の額が減額調整されます。

退職後の給付

1年以上継続して被保険者だった人が、退職時に出産手当金を受けていたか、受ける条件を満たしているときは、引き続き被保険者期間中と同様に支給を受けることができます。

<p>○「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。</p>																								
事業主が証明するところ 本人が職場へ復帰するまでは支給しない。 (2) 全額または一部支給した(する)場合はその内容	<table border="1"> <tr> <td colspan="10">賃金計算</td> </tr> <tr> <td>編 日</td> <td>未 日</td> </tr> <tr> <td>支払日</td> <td>未 日</td> </tr> </table>										賃金計算										編 日	未 日	支払日	未 日
	賃金計算																							
	編 日	未 日																						
	支払日	未 日																						
	<p>左頁⑭欄の申請期間について記入してください。有給は△で、公休日は公、欠勤日は／でそれぞれ記入してください。</p>																							
	<p>④の期間中の分として支払う（支払予定を含む）報酬を記入してください。</p>																							
	<p>事業主印を必ず押印してください。</p>																							
	<p>● 医師または助産師が記入するところ</p>																							
	<p>医師または助産師より記入・押印を受けてください。 ※出産育児一時金の証明と兼ねることはできません。</p>																							
	<p>訂正時の注意</p>																							
<ul style="list-style-type: none"> 訂正する際は、修正液を使用しないでください。 「被保険者が記入するところ」の訂正是、自署であれば訂正印は不要ですが、「事業主が証明するところ」と「医師または助産師が意見を記入するところ」の訂正是、各々の訂正印が必要です。 																								

※詳しくは申請書裏面の注意事項をご確認のうえ、ご記入ください。

お口の健康シリーズ

—もうすぐお母さん—

社団法人 新潟県歯科医師会(地域保健部)
<http://www.ha-niigata.jp>

昔から「一人子供を生むと、一本歯を失う」と言われてきました。これは迷信であり、科学的根拠は全くありません。しかし、妊娠や出産の時期は口の中の手入れがおろそかになりがちで、その結果として口の中が汚れやすくなり、う蝕や歯周病などのリスクが高くなることは事実です。

妊娠期は女性ホルモンの亢進に加え、つわりやライフスタイルの変化に伴う口の中の環境の悪化により、妊婦の約半数以上に妊娠性歯肉炎が発生します。また、まれに歯肉部分が大きく腫れ上がる妊娠性エプーリスが発症することもあります。そのほかにも、親知らずの部分の歯肉の腫れ、口内炎、う蝕など口の中のトラブルが起きやすい時期です。また最近では、妊婦の歯周病と低体重児早産との関連も指摘されてきていますし、妊娠中の適切な口の手入れが、むし歯菌の母子感染(むし歯菌が母親から子供へ感染すること)予防につながることも分かっています。

妊娠期は胎児への影響を心配して歯科治療を躊躇してしまう人も多いと思います。しかし、治療を先延ばしにすることは食事が取りにくくなり胎児にもよくありません

んし、痛いのを我慢することは精神的にもよくありません。妊娠期の治療に関しては歯科医も十分心得ていますので、むしろ積極的に治療を受けすみやかに問題点を解決しましょう。歯科治療に関しては、基本的に治療を行って悪いという時期は無いとされていますが、妊娠初期はつわりや流産を起こしやすいこと、妊娠後期は長い時間仰向けで治療することが出来なくなることを考えると、妊娠中期(妊娠5~7ヶ月)が最も適している時期と言えます。

皆さんもご存知のように、お口の手入れの基本は、歯に付いている汚れを落とす「歯磨き」です。つわりなどで歯磨き粉のにおいが気になったり、口に歯ブラシを入れると吐きそうになるかもしれません、のんびりと磨いてください。歯肉から出血することも多いですが、歯磨きが行き届くと出血も少くなります。また、磨けない時には最低限うがいを心がけましょう。

次号は「乳幼児期」。乳幼児期と歯科の話を届けます。



9月の社会保険相談のご案内

会 場	相談日	時 間	会 場	相談日	時 間
阿賀町役場	19(水)	10:30~14:30	柿崎商工会館	19(水)	10:00~15:00
トキのむら元気館	12(水)	13:30~15:30	阿賀野市水原公民館※2	19(水)	9:30~14:30
	13(木)	9:00~11:00		12(水)	10:00~15:00
小出商工会	12(水)	10:00~15:00	村上市役所※2	26(水)	10:00~15:00
糸魚川市役所※1	12(水)	10:00~15:00		13(木)	10:00~15:00
	26(水)	10:00~15:00	十日町地域地場産業振興センター	27(木)	10:00~15:00
			クロス10		

●年金の相談・照会等には、年金手帳(基礎年金番号通知書)・年金証書等を持参してください。

注) 佐渡市の時間(朱書き)は受付時間です。

※1.糸魚川市の相談は予約制です。また、柿崎商工会館の相談が9月から予約制に変わります。予約なしでも相談できますが、予約の方を優先させていただきますのでご了承ください。

予約連絡先 TEL.025-524-4111 (上越社会保険事務所 年金給付課)

※2.村上市と阿賀野市の相談は予約制です。予約なしでも相談できますが、予約の方を優先させていただきますのでご了承ください。

予約連絡先 TEL.0254-23-2125 (新発田社会保険事務所 年金給付課)

健康づくり
標語コンクール入選作品

生活のリズムに乗せよう 健康づくり