



金額
10,000円

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

被保険者妊婦検診費用補助金請求書

あなたの事業所の番号です

あなた個人の番号です

被保険者証		氏名	
記号	番号		
123	45678	健保康子	
医療施設等の名称		南足柄富士マタニティクリニック	
医療施設等の所在地		神奈川県南足柄市中沼210	
母子手帳の表紙より記入	市町村名	南足柄市	交付年月日
	交付No.	246	
分娩予定日	平成21年7月25日	妊娠12週に達した日	平成21年1月10日
退職後の請求である時は 入社・退職年月日	入社年月日		退職年月日
	平成 年 月 日		平成 年 月 日
上記の通り妊婦検診費補助金10,000円を請求いたします。			
			平成21年2月1日
富士フィルムグループ健康保険組合 常務理事 殿			
被保険者 住所		神奈川県南足柄市狩野681	
氏名		健保康子 	
委任状			
事業主を代理人として、健康保険組合より支給される妊婦検診費用補助金の受取方の件を委任いたします。			
被保険者氏名		健保康子 	

*時効：請求権は、母子手帳交付日の翌日から起算して2年で時効となります。

※ 母子手帳の表紙（交付日と氏名が記載されていること）を添付して下さい。
この補助金は、女性の被保険者が『在籍中に妊娠十二週以上になり母子手帳の交付を受けた』場合に請求できます。