

部門	歳出部	金額
款	保険給付費	円
項	法定給付費	
目	出産育児一時金	
内訳	代理人への支払額	
	被保険者への支払額	

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

富士フィルムグループ健康保険組合 殿 **あなた個人の番号です**

あなたの事業所の番号です

家族 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

平成24年 3月 1日 提出

※申請書は出産予定日の2ヶ月前から出産日まで受付します。
 ※市区町村から妊産婦の医療費助成(一部負担金の助成)を受けている場合は、別に申請が必要です。
 ※先に医療機関から申請書(受取代理用)が発行された場合、被保険者記入欄・委任状欄のみ記入し、2枚一緒に提出してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 81	番号 12345	被保険者の 氏名・印	フリガナ ケンポ イチロウ 健保 一郎 (健保印)	
	被保険者の 住所 電話番号	フリガナ サイタマケン サイタマシ ヒガシク ホンケチョウ 〒 331-0813 埼玉県さいたま市 東区本町4-32-1 電話 048 (668) 2116				
	出産する方	氏名 健保 康代 (昭平57年9月11日生)	出産予定日 及び 胎児数	平成24年 3月 21日 単胎・多胎(児)		
	* 必要に応じ、当健保 から前加入健保様へ 確認の連絡をさせて 頂きます。	前健保 加入期間	資格取得日(入社日) 昭和 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 資格喪失日(退職日の翌日)			
		加入状況	1. 被保険者(本人)として加入 2. 被扶養者(家族)として加入			
		当時の 健康保険証	記号 番号	改姓した場合、当時の氏名		
	出産予定の 医療機関等	名称	富士総合病院			
	所在地	〒 250-0123 神奈川県南足柄市中沼210 電話 0465 (73) 6920				

※委任状：特退・任継は記入不要

委任状	
上記に同意のうえ、代理人として健康保険組合より支給される『家族出産育児一時金(差額)』の受取方の件を、事業主を代理人として委任いたします。	
被保険者 氏名	健保 一郎 (健保印)

受 取 代 理 人 の 欄	申請者() (以下「甲」)は、医療機関等である() (以下「乙」)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は直接支払い制度は利用しません。甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額の受領に関すること。(一児につき42万円) この欄は、医療機関へ記入を依頼してください。 平成 年 月 日		
	甲(被保険者) 住所 受取代理人=出産予定の医療機関 です。 (印) 健保からの「出産育児一時金」は、代理人となった医療機関へ振込みます。		
	受取代理人に対する支払金融機関の欄 (*金融機関・店番コード・判る場合は記入してください)		
	金融機関コード	* 出産費用の請求額が「出産育児一時金」支給額未満の場合、 差額は被保険者に支給します。	口座種別 1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
金融機関名	本 店 支 店 出 張 所	口座番号	口座名義
	フリガナ		

※出産費用請求報告書(添付書類含む)は、毎月20日締め翌月25日(休日の場合は前日)払いとなります。

*時効：請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。