

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

被 保 険 者 証		氏 名			
記 号	番 号				
医療施設等の名称					
医療施設等の所在地					
母子手帳の 表紙より記入	市町村名			交 付 年月日	平成 年 月 日
	交 付 No.				
分 娩 予 定 日	平成 年 月 日	妊 娠 1 2 週 に 達 し た 日	平成 年 月 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 年 月 日					
富士フイルムグループ健康保険組合 常 務 理 事 殿					
被保険者 住所					
氏名					
印					
<h3>委 任 状</h3>					
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					
印					

※ 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。

*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。