

部門	歳出部	金額
款	保険給付費	
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

富士フイルムグループ健康保険組合 殿

本人 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

平成 年 月 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	番号	被保険者の 氏名・印	フリガナ	
	被保険者の 住所 電話番号	フリガナ 〒 - 電話 ()				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	出産予定日 及び胎児数	平成 年 月 日 単胎・多胎(児)		
	当健保資格喪失後 (退職後6ヶ月以内) に出産の場合	当健保 加入期間	資格取得日(入社日) 昭和 平成 年 月 日 ~ 資格喪失日(退職日の翌日) 平成 年 月 日			
	*必要に応じ、当健保 から現加入健保様へ 確認の連絡をさせて 頂きます。	現在の 健康保険証	記号	改姓した場合、現在の氏名		
			番号	保 険 者 (健保組合等)	名称: TEL:	
出産予定の 医療機関等	名称	〒 - 電話 ()				
	所在地	〒 - 電話 ()				

※委任状: 特退・任継は記入不要

委任状	
上記に同意のうえ、健康保険組合より支給される『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 (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事。 (一児につき42万円を上限。但し、産科医療補償制度加入印が無い場合は39万円を上限とする) 平成 年 月 日								
	甲(被保険者) 住所		(印)						
	氏名		(印)						
	乙(代理人) 住所		(印)						
	氏名		(印)						
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	*			店番コード	*			口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
金融機関名	銀行 農協 金庫 信組			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。