

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	

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

本・家 出産育児一時金請求書（海外）

※ 産前・産後に国内居住期間が有り、その間に市区町村から妊産婦の医療費助成（二部負担金の助成）を受けている場合は、別に申請が必要です。

被保険者証		分娩した者の			
記号	番号	氏名		続柄	
分娩年月日		平成 年 月 日		死産のときはその旨	
分娩した医療施設の		所在地			
		名称			
出産児の氏名		フリガナ			
本人の出産で退職後の請求の場合 *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いただきます。		入社年月日	平成 年 月 日	退職年月日	平成 年 月 日
		現在の保険証の			
被扶養者の出産で分娩日以前(6ヶ月)に被保険者として他健保に加入していた場合 *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いただきます。		記号	番号	被保険者名	
		保険者名(健保組合名)		TEL	
		当時の保険証の			
		記号	番号	被保険者名	
		保険者名(健保組合名)		TEL	
		入社年月日	平成 年 月 日	退職年月日	平成 年 月 日
<p style="color: red;">他の保険者へは請求しません。そのことについて富士フィルムグループ健康保険組合が、他の保険者に確認することに同意した上で、上記の通り請求いたします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p>					
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 氏名		印	
<h3 style="margin: 0;">委任状</h3> <p style="margin: 0;">事業主を代理人として健康保険組合より支給される出産育児一時金（家族出産育児一時金）の受取方の件を委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">被保険者 氏名 印</p>					

Certificate of Birth	
分娩年月日	Date of Delivery :
生産死産の別	Live born ・ Stillborn (Months of Pregnancy)
出生児の数	Number of Birth : Single ・ Plural ()
証 明 欄	I certify that above descriptions are Certain Date Address Physician or Midwife Signature

*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。