

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	円

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

家族 出産育児一時金請求書（全額払・直接払用）

被保険者証 記号 番号		分娩した方の氏名		被保険者との 続柄	死産のときはその旨	
分娩年月日		平成 年 月 日	出生児の 氏名			
分娩した 医療施設について	所在地				『直接支払制度』 の利用	
	名称				有・無	
被扶養者の出産で 分娩の6ヶ月以内 に他健保に加入 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 頂きます。	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				
	前健保の 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		
	加入当時の 保険証	記号	改姓した場合 当時の氏名			
		番号				
	保険者 (健保組合)	名称： TEL：				
上記に同意の上請求いたします。						
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		平成 年 月 日 印		
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家族出産育児一時金の受取方の件を委任いたします。						
		被保険者 氏名		印		

医師・助産師又は 市区町村長の証明 (※1)	分娩年月日	平成 年 月 日	生産死 産の別	生産・死産 (妊娠 第 週)	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)			
	上記の通り相違ないことを証明する。				平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村長名 印

- ※1. 母子手帳内の「出生届出済証明」が記載されているページの写しでも可(A4サイズで)。
 ※2. 出産育児一時金「直接支払い制度」を利用した場合の退院時精算額(自己負担金)は請求できません。
 ※3. 添付書類(下記のいずれかの**原本**) ◆「産科医療補償制度」対象分娩の際には証明スタンプの押印が必要
 ・直接支払利用 有: 医療機関交付の“直接支払制度専用請求書と相違無い”旨の記載が有る「明細書」
 ・直接支払利用 無: 医療機関交付の“直接支払制度を利用しない”旨の記載が有る「領収書」
 ◆医療費控除等で領収書の原本証明が必要な方は「原本証明希望」のメモを貼付してください
 ※4. 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。
 ※5. 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。