

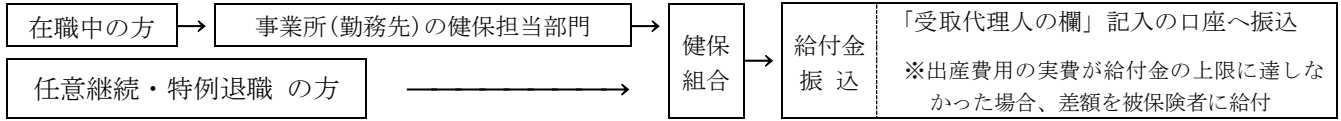
| |
|---------------|
| 事業所担当者 確認印 |
| |

←任継・特退
の加入者は
押印不要

| | |
|----|--------|
| 金額 | |
| 円 | |
| 内訳 | 代理人 円 |
| | 被保険者 円 |

| | | |
|-------|-----|-----|
| 支給決定伺 | | |
| 令和 | 年 | 月 日 |
| GL | 担当者 | 担当者 |
| | | |

《申請書の流れ》



富士フィルムグループ健康保険組合 印
健康保険被保険者証に記載されている
「記号」と「番号」をご記入ください

選択肢の有る項目は、
該当を○で囲んでください

給付金支給申請書(受取代理用)

※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
※先に医療機関から申請書(受取代理用)が発行された場合、
受取代理人の欄、「申請者」「医療機関」
「甲(被保険者) 住所、氏名」「年月日」は、
ご本人が記入してください

| | | |
|---|--|---|
| 被保険者証 | 提出日 | 2023年3月1日 |
| 記号 98 | 番号 76543 | 被保険者氏名(申請者) 健保 富美江 |
| 被保険者の住所・電話番号 | 〒331-1234 電話: 048(66*)211* 埼玉県さいたま市東区本町4-32-1 | |
| 生年月日 | 1985年7月8日 | 出産予定日及び胎児数 2023年4月1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 *他健保への二重請求はできません。 | 当健保加入期間 昭和 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | (入社年月日) (退職年月日) |
| 現在の健康保険証 | 記号 | 改姓した場合、現在の氏名 |
| | 番号 | |
| 出産予定の医療機関等 | 名称 | 北足柄ウィメンズクリニック |
| | 所在地 | 〒250-1234 電話 0465(48)6920 神奈川県小田原市富士見町1-23 |

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。
※マイナンバーで申請の場合、「本人確認の書類(番号カード等の写し等)も添付してください。
る場合は「簡易書留」で送付してください。

誓約のうえ、本申請書に基づく給付金(差額)の受領を事業主へ委

| | | |
|---|------------------|---------------|
| 状 | ※任継・特退は委任状欄の記入不要 | 被保険者氏名 健保 富美江 |
|---|------------------|---------------|

| | |
|---------|--|
| 受取代理人の欄 | 申請者(健保 太郎)(以下「甲」)は、医療機関等である(東足柄ウィメンズクリニック)(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50万円を上限。但し、産科医療補償制度加入印が無い場合は48.8万円を上限とする) 2023年3月1日 甲(被保険者) 住所 埼玉県さいたま市東区本町4-32-1 氏名 健保 太郎 |
|---------|--|

この欄は、医療機関へ記入を依頼してください。
(受取代理人=出産予定の医療機関 です)

| | | | | | |
|-----------|--|-------|-----------|------|---------------------------------|
| 金融機関コード * | | 銀行 農協 | 本店 支店 出張所 | 口座種別 | 1. 普通 2. 当座 3. その他 () |
| 金融機関名 | | | | | |
| 口座番号 | | | | | |

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。

※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。

※出産費用請求報告書の翌月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。