

事業所担当	額	GL	担当者	担当者
被保険者証に記載されている「記号」と「番号」を記入	円			
の加入者は 押印不要				
在職中の方	事業所（勤務先）の健保			
任意継続・特例退職の方				

直接支払制度を利用し、「実際の出産費用 < 出産育児一時金支給額」となった方が、出産育児一時金との差額を請求する場合は「有」に○印

振込

家族 出産育児一時金請求書（全額払・直接払用）

被保険者証	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
記号 <b>76</b>	番号 <b>12345</b>	<b>健保 富士子</b>	<b>妻</b>
分娩年月日	<b>2023年4月1日</b>		
分娩した医療施設について	所在地 <b>神奈川県小田原市中町210</b>	名称 <b>狩野ウィメンズクリニック</b>	『直接支払制度』の利用 <b>有</b> ・無
分娩した方が分娩の6ヶ月以内に他健保に加入していた場合 *他健保への二重請求はできません。	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) 資格喪失日(退職日の翌日) <b>2008年4月1日 ~ 2023年1月31日</b>	
	加入当時の保険証	記号 <b>12A</b>	改姓した場合 当時の氏名
	番号 <b>3456</b>		
	保険者 (健保組合)	名称： <b>日本総合健康保険組合</b> TEL： <b>0465-10-1000</b>	
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：-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。 -2.申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。			備考欄
他の保険者へは申請しないことを誓約のうえ、上記の通り申請いたします。 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。 申請した内容に不明な点があった場合、富士フィルムグループ健康保険組合が関係機関等に対して、内容照会を行うことおよび当該関係機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿 <b>2023年4月10日</b> 被保険者 住所 <b>神奈川県小田原市西町1-5</b> 氏名 <b>健保 太郎</b>			

市区町村医師・助産師の証明又は	分娩年月日	<p>医師・助産師 または 市区町村が 出生について証明する欄です</p> <p>証明の代用として利用できる「証明書類」 の詳細は、次ページをご確認ください</p>	産の別
	出生児の数		第 週 日)
	上記の通り		月 日
医療施設の医師・助産師			印

【添付書類】

- (下記のいずれかの**原本**) ◆「産科医療補償制度」対象分娩の際にはその旨が分かる文言の印字やスタンプが必要
  - 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。
- 直接支払制度合意文書の写し
- 医師・助産師又は市区町村の証明の代わりに、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(A4 サイズで)、または住民票（マイナンバーの記載がないもの）の写しでも可。

【注意事項】

- 出産育児一時金「直接支払い制度」を満額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。領収・明細書の受取代理額が、50万円/一児（産科医療補償制度対象外の場合48.8万円）未満であることを確認して下さい。
- 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。
- 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。

「医師・助産師・市区町村の証明」の代用

として利用できる書類は、**3種類**あります。

何れかの写しを提出してください。

- ① 母子手帳の「出生届出済証明」欄の写し  
市区町村の受付印の押印が有るもの

例

- ② 出生届出済みの場合は、住民票の写し  
(世帯全員のもので、続柄等が省略されて  
いないもの)

- ③ 出生届の右側「出生証明」欄の写し

例

この欄は平帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

子 の 保 護 者	続柄 (妊婦)	氏名	生年月日(年齢)	職業
	父		年 月 日生(歳)	
	母		年 月 日生(歳)	
住所	電話			
出生届出済証明	電話			
子の氏名				男・女
出生の場所		都道府県	市区町村	
出生の年月日		年 月 日		
上記の者については 年 月 日 出生の届出があったことを証明する。				
市区町村長				印

赤ちゃんが生  
上欄に出生届

この欄が「出生届出済証明」です

出生届出済証明

市区町村長の証明印が押印されているかご確認ください。

<p><b>出生届</b></p> <p>市区町村 年 月 日 届出日</p> <p>届出者 氏名 住所</p> <p>子の氏名 性別 年齢</p> <p>出生の場所 市区町村</p> <p>出生の年月日</p> <p>出生届出済証明</p>	<p><b>出生証明書</b></p> <p>子の氏名 性別 年齢</p> <p>出生の場所 市区町村</p> <p>出生の年月日</p> <p>出生届出済証明</p>
---	--

医師・助産師等の証明印が押印されているかご確認ください。