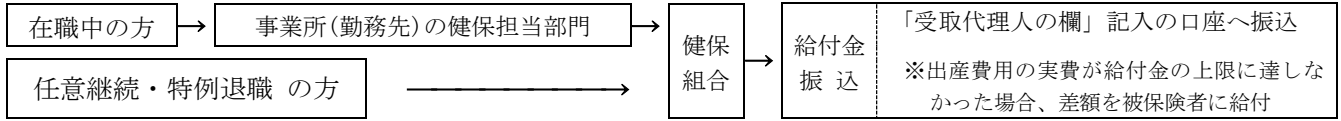


事業所担当者 確認印	金額		支給決定伺		
	円		令和 年 月 日		
←任継・特退 の加入者は 押印不要	内 訳	代理人	円	GL	担当者
		被保険者	円		担当者

《申請書の流れ》



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)

※申請書は出産予定日の2ヶ月前から出産日まで受付けます。
 ※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
 ※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		提 出 日	年 月 日		
	記号	番号	被保険者氏名 (申請者)			
	被保険者の 住所・電話番号		〒 ー 電話: ()			
	生年月日	年 月 日	出産予定日 及び 胎児数	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 *他健保への二重請求 はできません。	当健保 加入期間	(入社年月日) 年 月 日 ~ (退職年月日) 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	保 険 者 名称: (健保組合等) Tel: ー			
		所在地	〒 ー 電話 ()			
	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
委任状	他の保険者へは請求しないことを誓約のうえ、本申請書に基づく給付金(差額)の受領を事業主へ委任いたします。 ※任継・特退は委任状欄の記入不要 被保険者 氏 名					

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) 年 月 日					
	甲(被保険者) 住所		氏名			
	乙(代理人) 住所		氏名			
	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	フリガナ	口座名義				

※出産費用請求報告書(添付書類含む)は、毎月15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。