事業所担当者確認印	← 任継・特退の加入者は押印不要	金　　額	GL	担当者	担当者
		円			

≪申請書の流れ≫

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保担当部門 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

任意継続・特例退職 の方 → 健保組合 → 本人の口座へ振込

本人　出産育児一時金請求書（全額払・直接払用）

被保険者等				分娩した方の　氏　　名	続　柄	死産のときはその旨
記号		番号			本 人	

分 娩 年 月 日	年　　月　　日

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

当健保資格喪失後（退職後６ヶ月以内）に申請の場合 ＊他健保との重複申請はできません。	当健保加入期間	（入社年月日）　年　月　日 ～ （退職年月日）　年　月　日			
	現在の被保険者等	記 号		改姓した場合現在の氏名	
		番 号			
		保険者（健保組合）	名称： TEL ：		

被保険者等の記号・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、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。
在職期間中または被保険者資格喪失者に係る申請の場合、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有った場合、富士フイ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。

年　　月　　日

富士フイルムグループ健康保険組合　理事長殿

被保険者　住　所
氏　名　　印

医師・助産師又は市区町村長の証明	分娩年月日	年　　月　　日	生産死産の別	生産・死産（妊娠　第　　週　　日）
	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。　年　　月　　日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名または市区町村長名			

【添付書類】
1.（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“直接支払制度専用申請書と相違無い”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。

2　直接支払制度合意文書の写し
3. 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 ｻｲｽﾞで)、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】
1. 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)は申請できません。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。
2. 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。
3. 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。