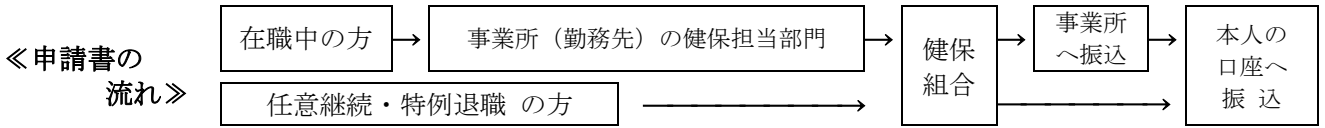


事業所担当者確認印	金額 円	支給決定伺		
		令和 年 月 日		
		GL	担当者	担当者

← 任継・特退の加入者は押印不要



### 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	番号				
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 有・無			
	名称				
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) 年 月 日 ~ 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 :			
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	
<p>他の保険者へは請求しないことを誓約のうえ、上記の通り請求いたします。 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。</p> <p>富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿      年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住所 氏名</p>					

市区町村医師・助産師の証明又は	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	生産・死産 (妊娠 第 週)
	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		(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「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の印字やスタンプ等による明記が必要
  - 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。