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

支給決定伺		
令和　年　月　日		
GL	担当者	担当者

≪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

家族　出産育児一時金請求書（全額払・直接払用）

被保険者証 記号	被保険者証 番号	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

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
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)　年　月　日 ～ 資格喪失日(退職日の翌日)　年　月　日	
	加入当時の保険証	記号 / 番号 / 保険者(健保組合)	改姓した場合当時の氏名
		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	

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。

富士フイルムグループ健康保険組合　理事長殿　　年　月　日

被保険者　住　所
氏　名

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
	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】

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「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。

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。
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。