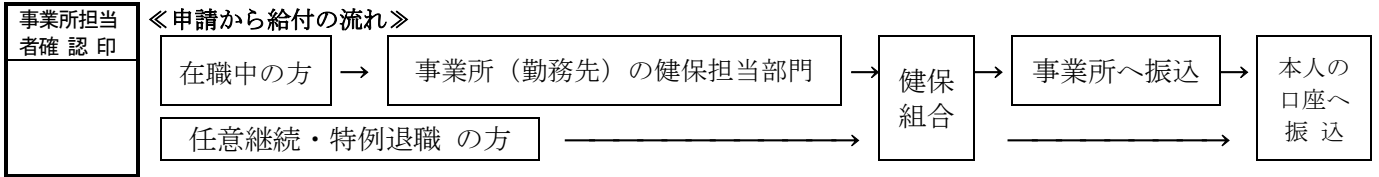


健保 使用 欄	法定期間	/	~	/	
	支給期間	自 :	年	月	日
		至 :	年	月	日
支給額	¥				

GL	担当者	担当者



↑ 任継・特退の
加入者は 押印不要

出産手当金請求書

※ 太枠の中を記入して下さい。

被 保 険 者 証		退職後の申請の場合	
記号	番号	入社年月日	平成・令和 年 月 日
		退職年月日	平成・令和 年 月 日
申請期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間 上記のうち「労務に服した日」「報酬額が出産手当金を上回った日」「法定期間以外の日」は除いて申請します。		
分娩予定日	平成・令和 年 月 日	分娩日	平成・令和 年 月 日
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
報酬を受けた場合、出産手当金から報酬額を控除(調整)することに同意し、上記の通り申請します。 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。 健康保険法に基づく出産手当金の支給決定を行うにあたり、富士フィルムグループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 ※関係機関とは、以前加入していた健康保険組合および受診していた医療機関等を指します。 また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。 富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名			

* 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。

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分娩予定日	平・令 年 月 日	出生児の数	・ 単胎
	分娩年月日	平・令 年 月 日		・ 多胎 (児)
正 常 出 産 ま た は 異 常 出 産 の 別	・ 正 常	生 産 ま た は 死 産 の 別	・ 生 産	・ 死 産 (妊 娠 週 日)
	・ 異 常			
上記のとおり証明いたします。				令和 年 月 日
所在地 医療機関の 名 称 担当医師(助産師)の氏名				(印)

《医師・助産師の証明についての補足事項》

※ 海外で出産の場合は、2頁目の《海外用》医師または助産師の証明欄に証明を受けてください。

※ 申請期間に在籍期間が含まれる場合、その期間の給与について証明して下さい。

(勤怠表を添付してください)

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	年 月 日～ 年 月 日まで	日間	
	上記の期間（出勤日以外）に対して報酬・交通費を支給しました（します）か	はい ・ いいえ		
	報酬・交通費を支給した場合、その期間と報酬額をご記入ください。（出勤日に対する報酬は除いて証明） ※ 時給日給や有給取得等、日により報酬が異なる場合… 別紙へ記入 ← 該当する場合は○			
	年 月 日～ 年 月 日	日間	日額・期間額・月額	円
	年 月 日～ 年 月 日	日間	日額・期間額・月額	円
	年 月 日～ 年 月 日	日間	日額・期間額・月額	円
	年 月 日～ 年 月 日	日間	日額・期間額・月額	円
	年 月 日～ 年 月 日	日間	日額・期間額・月額	円
	年 月 日～ 年 月 日	日間	日額・期間額・月額	円
	上記のとおり相違無いことを証明いたします。 令和 年 月 日 所在地 事業主 氏 名 (印)			
特記事項				
【事業主の方へお願い】 * 申請期間にかかわる出勤簿を添付して下さい。 * 休業日に対する報酬（交通費含む）を、日額・期間額・月額のいずれかを○印で選択し証明して下さい。（出勤日に対する報酬は差し引いて下さい） * 証明対象期間に対して、翌月以降に加算される手当・控除等がありましたらその額を含めて証明して下さい。				

《海外用》医師または助産師の証明		Certificate of Birth
分娩年月日	Date of Delivery :	
生産死産の別	Live born ・ Stillborn (Months of Pregnancy)	
出生児の数	Number of Birth : Single ・ Plural ()	
証 明 欄	I certify that above descriptions are Certain Date Address Physician or Midwife Signature	