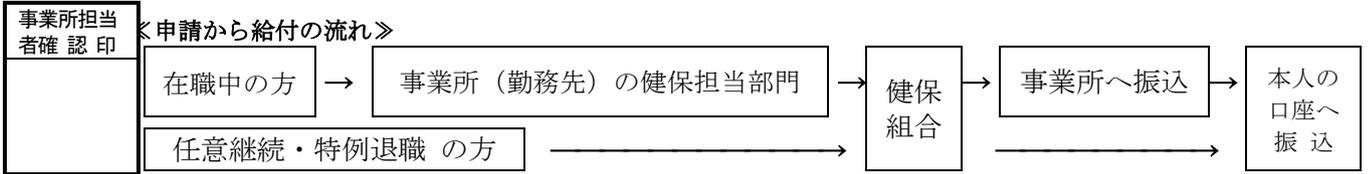


健 保 使 用 欄	法定期間	／ ～ ／
	支給期間	自： 年 月 日
		至： 年 月 日
	支給額	¥

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

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			退職後の請求の場合		
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
請求期間	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」は除いて請求します。				
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、上記のとおり請求します。 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			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 ・ 異常	生産または死産の別	・ 生産 ・ 死産(妊娠週)
上記のとおり証明いたします。				令和 年 月 日
医療機関の所在地		名称		印
担当医師(助産師)の氏名				

《 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。

※ 請求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
	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】 * 請求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	