

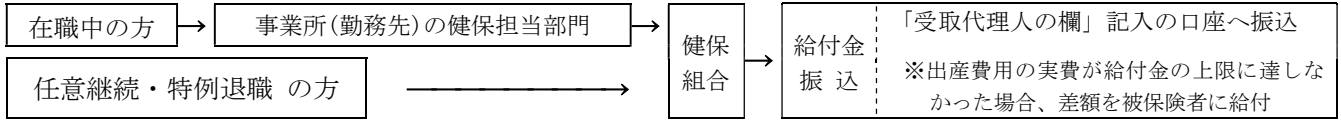
事業所担当者 確認印

←任継・特退
の加入者は
押印不要

金額	
円	
内訳	代理人 円
	被保険者 円

支給決定伺		
令和	年	月 日
GL	担当者	担当者

《申請書の流れ》



富士フィルムグループ健康保険組合 印
健康保険被保険者証に記載されている
「記号」と「番号」をご記入ください

選択肢の有る項目は、
該当を○で囲んでください

与金支給申請書(受取代理用)

※申請書は出産予定日の2ヶ月前から出産日まで受付します。
※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。
※先に医療機関から申請書(受取代理用)が発行された場合、被保険者記入欄・委任状欄のみ記入し、2枚一緒に提出してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証		提出日	2019年1月7日	
	記号	98	番号	76543	
	被保険者の住所・電話番号		〒331-1234 電話: 048 (66* 211*) 埼玉県さいたま市東区本町4-32-1		
	生年月日	1985年7月8日	出産予定日及び胎児数	2019年2月15日 ○単胎・多胎(児)	
	当健保資格喪失後(退職後6ヶ月以内)に出産の場合 *他健保への二重請求はできません。	当健保加入期間	(入社年月日) 昭和 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (退職年月日)		
		現在の健康保険証	記号	改姓した場合、現在の氏名	
	番号				
	出産予定の医療機関等	名称	北足柄ウィメンズクリニック		
		所在地	〒250-1234 電話 0465 (48) 6920 神奈川県小田原市富士見町1-23		
	委任状	他の保険者へは請求しないことを誓約のうえ、本申請書に基づく給付金(差額)の受領を事業主へ委任いたします。 ※任継・特退は委任状欄の記入不要			被保険者氏名 健保 富美江

受 取 代 理 人 の 欄	申請者() (以下「甲」)は、医療機関等である() (以下「乙」)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は直接支払い制度は利用しません。甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額の受領に関すること。(一児につき42万円を上限。但し、産科医療補償制度加入印が無い場合は40.8万円を上限とする) 平成 年 月 日			
	この欄は、医療機関へ記入を依頼してください。(受取代理人=出産予定の医療機関です)			
	乙(代理人) 住所 健保からの「出産育児一時金」は、代理人となった医療機関へ振込みます。(合は記入してください)			
	金融機関コード *		店番コード *	
	金融機関名	※出産費用の請求額が「出産育児一時金」支給額未満の場合、差額は被保険者に支給します。		1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
口座番号		口座名義	フリガナ	

※出産費用請求報告書(添付書類含む)は、毎月15日締め翌月25日(休日の場合は前日)払いとなります。

*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。