

事業所担当者 確認印

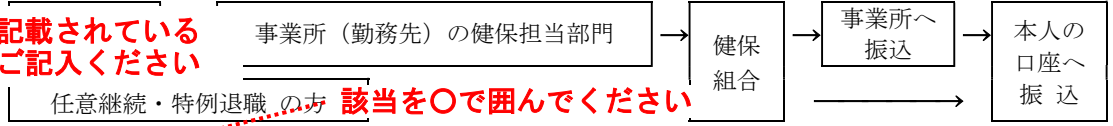
↑
任継・特退の
加入者は押印不要

金額
円

支給決定伺		
令和 年 月 日		
GL	担当者	担当者

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

給付の流れ



本・家 出産育児一時金請求書（海外）

被保険者証		分娩した方の氏名		続柄	
記号	番号				
81	12345	健保花子		妻	
分娩年月日	平成・令和 元年 5月 17日	死産のときはその旨			
分娩した医療施設の	所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 海外の医療機関の所在地と			
	名称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 名称を記入			
海外での分娩の理由 ※□に✓をしてください	<input checked="" type="checkbox"/> 海外赴任・その帯同家族 <input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
本人の出産で 退職後の請求の場合 *他健保への二重請求はできません。	入社年月日	平・令 年 月 日	退職年月日	平・令 年 月 日	
	現在の保険証の				
	記号	番号	被保険者名		
保険者名(健保組合名)			TEL		
被扶養者の出産で 分娩日以前(6ヶ月)に 被保険者として他健保 に加入していた場合 *他健保への二重請求はできません。	当時の保険証の				
	記号	1	番号	234	被保険者名 健保花子
	保険者名(健保組合名)		日本総合健康保険組合	TEL	0465-10-1000
入社年月日	平成 15年 4月 1日	退職年月日	平成 31年1月 31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
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 令和 元年 5月 18日 被保険者 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 氏名 健保 太郎					

※本請求書の出生証明書欄への証明に代えて、項目を網羅する出生にかかるとかかる証明書の添付でも可。
ただし、外国語で作成された場合には、翻訳を添付してください。(翻訳者の氏名・連絡先を明記)

この欄は、医師 または 助産師から
分娩日等についての証明を受けてください
(「出生証明書(写)+邦訳文」も可)

*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。