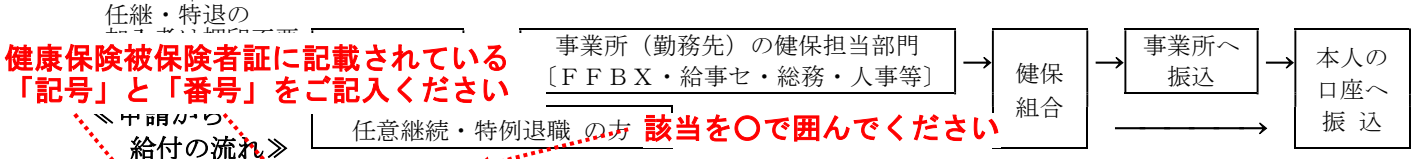


事業所担当者 確認印
---------------

金額
円

支給決定伺			
令和 年 月 日			
常務理事	事務長	GL	担当者



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		
出産児の氏名	フリガナ	ケンボ イチロウ		
	氏名	健保一郎		
本人の出産で 退職後の請求の場合	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			
*他健保への二重請求はできません。	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	当時の保険証の			
	記号	番号	被保険者名	
	保険者名(健保組合名)		TEL	
*他健保への二重請求はできません。		入社年月日	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。				備考欄
※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。				
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証明書の添付でも可。(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。