

事業所担当者確認印	金額 円	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

<<申請書の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>>
 在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保担当
 直接支払制度を利用し、「実際の出産費用 < 出産育児一時金支給額」となった方が、出産育児一時金との差額を請求する場合は「有」に○印

本人 出産育児一時金請求書（全額払・直接払用）

被保険者証		分娩した方の氏名		続柄	死産のときはその旨
記号	81	番号	12345	健保	花子
分娩年月日		2018年12月15日			
分娩した医療施設について	所在地	神奈川県小田原市扇町2-12-1			『直接支払制度』の利用 有・無
	名称	富士総合病院			
当健保資格喪失後（退職後6ヶ月以内）に請求の場合 *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) 2015年4月1日 ~ (退職年月日) 2018年10月31日			
	現在の健康保険証	記号	6	改姓した場合	
		番号	5432	現在の氏名	
保険者(健保組合)	名称：日本総合健康保険組合 TEL：0465-10-1000				
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、上記の通り申請いたします。 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。 <p style="text-align: right;">2019年1月7日</p> 富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿 被保険者 住所 神奈川県南足柄市狩野681 氏名 健保花子					

市区町村長の証明	分娩年月日	（妊娠第 週）
	出生児の数	
	上記の通り相	

医師・助産師 または 市区町村が
 出生について証明する欄です
 証明の代用として利用できる「証明する書類」
 の詳細は、次ページをご確認ください

年 月 日
印

【添付書類】

- （下記のいずれかの**原本**）◆「産科医療補償制度」対象分娩の際には「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の印字やスタンプ等による明記が必要
 - 直接支払利用 有：医療機関交付の“直接支払制度専用請求書と相違無い”旨の記載が有る「明細書」
 - 直接支払利用 無：医療機関交付の“直接支払制度を利用しない”旨の記載が有る「領収書」
 ※医療費控除等で領収書の原本証明が必要な方は「原本証明希望」のメモを貼付してください。
- 直接支払制度合意文書の写し
- 医師・助産師又は市区町村の証明の代わりに、母子手帳内の「出生届出済証明」が記載されているページの写し(A4サイズ)で、または住民票（マイナンバーの記載がないもの）の写しでも可。

【注意事項】

- 出産育児一時金「直接支払い制度」を満額利用した場合の退院時精算額(自己負担金)は請求できません。領収・明細書の受取代理額が、42万円/一児（産科医療補償制度対象外の場合40.8万円）未満であることを確認して下さい。
- 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。
- 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。

