

|           |             |                   |     |    |     |
|-----------|-------------|-------------------|-----|----|-----|
| 事業所担当者確認印 | 金額<br><br>円 | 支給決定伺<br>平成 年 月 日 |     |    |     |
|           |             | 常務理事              | 事務長 | GL | 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（FFBX・給事セ・総務）  
 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                                      | 本人        |
| 分娩年月日   | 2018年12月15日                       |                          | 出生児の氏名   | 健保一郎                     |   |           |
| 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                               |           |
|   | 名称                                | 富士総合病院                   |          |                          | 有・無<br><input checked="" type="radio"/> 有 |           |
| 当健保資格喪失後（退職後6ヶ月以内）に請求の場合<br>*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）<br>2015年 4月 1日 ~ |          | （退職年月日）<br>2018年 10月 31日 |   |           |
|   | 現在の健康保険証                          | 記号                       | 6        | 改姓した場合                   | 現在の氏名                                     |           |
|   |                                   | 番号                       | 5432     |                          |   |           |
| 保険者（健保組合）   | 名称：日本総合健康保険組合<br>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。<br>※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。<br>-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、上記の通り申請いたします。<br>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。<br>2019年 1月 7日<br>富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿<br>被保険者 住所 神奈川県南足柄市狩野681<br>氏名 健保花子 |                                   |                          |          |                          |   |           |

|                  |        |  |                             |
|------------------|--------|--|-----------------------------|
| 医師・助産師又は市区町村長の証明 | 分娩年月日  | 平成 年 月 日   | 出産（妊娠 第 週）                  |
|                  | 出生児の数  | <p style="text-align: center;"> <b>医師・助産師 または 市区町村が<br/>           出生について証明する欄です</b><br/> <b>証明の代用として利用できる「証明する書類」<br/>           の詳細は、次ページをご確認ください</b> </p> |                             |
|                  | 上記の通り相 |  |                             |
|                  |        |  | 月 日<br><input type="text"/> |

【添付書類】

- （下記のいずれかの**原本**）◆「産科医療補償制度」対象分娩の際には証明スタンプの押印が必要
  - 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 40.4万円）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。

「医師・助産師・市区町村の証明」の代用

として利用できる書類は、**3種類**あります。

何れかの写しを提出してください。

① 母子手帳の「出生届出済証明」欄の写し  
市区町村の受付印の押印が有るもの

例

② 出生届出済みの場合は、住民票の写し  
(3か月以内に交付された世帯全員のもの、  
続柄等が省略されていないもの)

③ 出生届の右側「出生証明」欄の写し

例

この欄は手帳を受け取ったらずぐに自分で記入してください。

|                                   |       |       |           |    |
|-----------------------------------|-------|-------|-----------|----|
| 子                                 | 続柄    | 氏名    | 生年月日(年齢)  | 職業 |
| の<br>保<br>護<br>者                  | 母(妊婦) |       | 年 月 日生(歳) |    |
|                                   | 父     |       | 年 月 日生(歳) |    |
|                                   |       |       | 年 月 日生(歳) |    |
| 者                                 | 居住    | 電話    |           |    |
|                                   |       | 電話    |           |    |
| <b>出生届出済証明</b>                    |       |       |           |    |
| 子の氏名                              |       | 男・女   |           |    |
| 出生の場所                             |       | 都道府県  | 市区町村      |    |
| 出生の年月日                            |       | 年 月 日 |           |    |
| 上記の者については 年 月 日 出生の届出があったことを証明する。 |       |       |           |    |
| 市区町村長                             |       |       |           | 印  |

赤ちゃんが生まれたときは14日以内に出生届をして  
上欄に出生届出

市区町村長の証明印が押印されているかご確認ください。

|            |  |                                |    |
|------------|--|--------------------------------|----|
| 出生届        |  | 受理 平成 年 月 日 発送 平成 年 月 日<br>第 号 | 表印 |
| 平成 年 月 日届出 |  | 送付 平成 年 月 日<br>第 号             |    |
| 長 殿        |  | 告知調査 戸籍記載 記載調査 調査票 別 紙 住民票 通知  |    |

|                                      |  |   |   |  |  |
|--------------------------------------|--|---|---|--|--|
| (1) 子の氏名<br>(外国人のときは「ローマ字を付記してください」) | 氏 名  | 父母との続柄<br><input type="checkbox"/> 嫡出子 <input type="checkbox"/> 養子<br><input type="checkbox"/> 続出でない子 | 性別<br><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |  |  |
| (2) 生まれたとき                           | 年 月 日  | 時刻<br><input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後   | 分   |  |  |
| (3) 生まれたところ                          | 番地 号   |   |   |  |  |
| (4) 住所<br>(住民登録をする)                  | 番地 号   |   |   |  |  |
| (5) 父母の氏名<br>(子が生まれたとき)              | 父<br>年 月 日 (満 歳)   | 母<br>年 月 日 (満 歳)  |   |  |  |
| (6) 本籍<br>(外国人のときは「国籍」を記入してください)     | 番地 号   |   |   |  |  |
| (7) 出生届を始めたとき                        | 年 月 (縦書きをおけたとき、または、縦書きを始めるとき)  |   |   |  |  |
| (8) 子が生まれたときの世帯のおもな仕事と母              | <input type="checkbox"/> 1.農業または農業その他の仕事を行っている世帯<br><input type="checkbox"/> 2.自由業・商工業・サービス業等を個人で経営している世帯<br><input type="checkbox"/> 3.企業・個人商店等(専ら行政に除外)の常務取締役等である者の世帯(役員は除く)<br><input type="checkbox"/> 4.3にあてはまらない常務取締役等及び社会団体の役員の仕事(日本または1年未満の契約の専任者は除く)<br><input type="checkbox"/> 5.1から4にあてはまらないその他の仕事をしている者の世帯<br><input type="checkbox"/> 6.仕事をしている者がいない世帯<br><small>(国勢調査の年々一 年一の4月1日から翌年3月31日までの子が生まれたときだけ書いてください)</small> |   |   |  |  |
| (9) 父母の職業                            | 父の職業   | 母の職業  |   |  |  |
| その他                                  |  |   |   |  |  |
| 届出印                                  | <input type="checkbox"/> 1.父母 <input type="checkbox"/> 2.法定代理人( ) <input type="checkbox"/> 3.同居者 <input type="checkbox"/> 4.医師 <input type="checkbox"/> 5.助産師 <input type="checkbox"/> 6.その他の立会者<br><input type="checkbox"/> 7.公設所の長   |   |   |  |  |
| 住所                                   | 番地 号   |   |   |  |  |
| 本籍                                   | 番地 号 氏名  |   |   |  |  |
| 署名                                   | 年 月 日生   |   |   |  |  |
| 事件番号                                 | 日中連絡のとれるところ<br>電話( )<br>自宅 勤務先 呼出(方)   |   |   |  |  |

**記入の注意**

鉛筆や消えやすいペンで書かないでください。

子供が生まれた日から14日以内に出してください。

子の本籍地でない役所に届出するときは、2番地してください。(出生届市内に居住する場合は、「3番地」で届出してください。)

2番の場合でも、出生届書は、原本1通と写し1通で送付してください。

よみかたは、戸籍には記載されません。住民票の処理に必要ですから書いてください。

□には、あてはまるものに□のようにするしをつけてください。

籍貫者の氏名には、戸籍はじめに記載されている人の氏名を書いてください。

子の父または母が、まだ戸籍の筆頭者となっていない場合は、新しい戸籍がつかれますので、この欄に希望する本籍を書いてください。

届け出られた事項は、人口動態調査(統計局に基づく基礎統計調査、厚生労働省所管)にも用いれます。

届出者の署名は届出義務者が自署してください。

届出人が署名したあとに届書持ちになる方は、親筆その方でもかまいません。

届出義務者は、届出子の場、父または母、嫡出でない場合は母です。

母子手帳と届出人の印を持参してください。

|                 |  |         |
|-----------------|--|---------|
| 出生証明書           |  | 記入の注意   |
| 子の氏名            | 男女の別                                       | 男 1 女 2 |
| 生まれたとき          | 平成 年 月 日                                   | 午前 午後   |
| 出生したところ及びその種別   | 出生したところ                                    | 番地 号    |
| 出生した種別          | 1 病院 2 診療所 3 助産所<br>4 自宅 5 その他             |         |
| 体重及び身長          | 体重   | グラム     |
|                 | 身長   | センチメートル |
| 単胎・多胎の別         | 1 単胎 2 多胎 ( 子中第 子)                         |         |
| 母の氏名            | 妊娠 週 日                                     |         |
| この母の出産した子の数     | 出生子 (この出生子及び出生後死亡した子を含む)<br>死産児 (妊娠満22週以後) | 人 胎     |
| 上記のとおり証明する。     | 平成 年 月 日                                   |         |
| 1 医師 (住所) 番地 号  |  |         |
| 2 助産師 (住所) 番地 号 |  |         |
| 3 その他 (氏名) 印    |  |         |

医師・助産師等の証明印が押印されているかご確認ください。