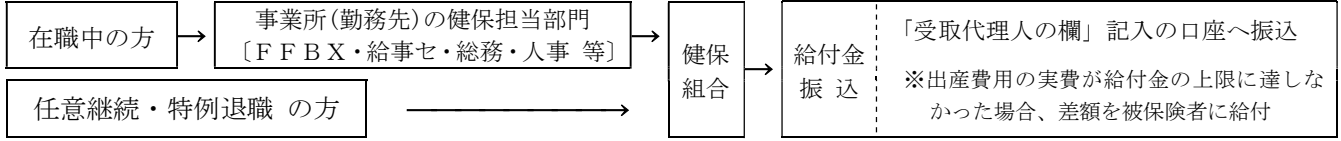


事業所担当者 確認印	金額		支給決定伺			
			令和 年 月 日			
	円		常務理事	事務長	GL	担当者
←任継・特退 の加入者は 押印不要	内訳	代理人	円			
		被保険者	円			

《申請書の流れ》



富士フイルムグループ健康保険組合 殿

本人 出産育児一時金支給申請書(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
 ※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		年 月 日		
	記号	番号	被保険者氏名 (申請者)				
	被保険者の 住所・電話番号		〒 ー		電話: ()		
	生年月日	年 月 日	出産予定日 及び胎児数	年 月 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)		(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					
		所在地	〒 ー		電話 ()		
	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	
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	

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40.4万円を上限とする) 年 月 日						
	甲(被保険者) 住所		氏名				
	乙(代理人) 住所		氏名				
	受取代理人に対する支払金融機関の欄 (*金融機関・店番コード:判る場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	銀行 農協 金庫 信組		本店支店 出張所		口座種別	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。