

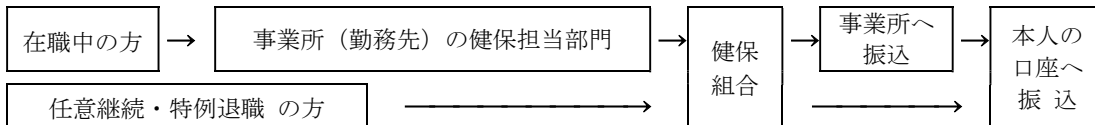
事業所担当者 確認印

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

《申請から  
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				
分娩年月日	平成・令和 年 月 日	死産のときはその旨			
分娩した医療施設の	所在地				
	名称				
海外での分娩の理由 ※□に✓をしてください	<input 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	番号	被保険者名		
		保険者名(健保組名)		TEL	
	入社年月日	平・令 年 月 日	退職年月日	平・令 年 月 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。 請求した内容に不明な点があった場合、該当分娩を担当した者(医療機関等)へ照会する事に同意します。 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。 富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名					

※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証明書の添付でも可。(翻訳者の氏名・連絡先を明記)

出生証明書 Certificate of Birth	
分娩年月日	Date of Delivery :
生産死産の別	Live born ・ Stillborn (Months of Pregnancy)
出生児の数	Number of Birth : Single ・ Plural ( )
証明欄	I certify that above descriptions are Certain Date Address Physician or Midwife Signature

\*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。