

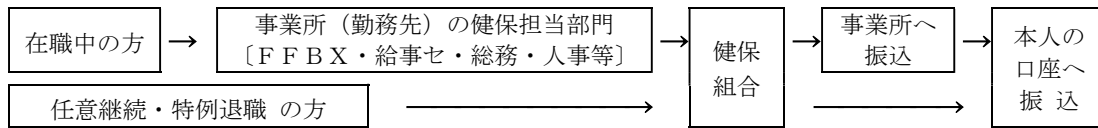
事業所担当者 確認印
---------------

↑  
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			
常務理事	事務長	GL	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			
出産児の氏名	フリガナ	海外での分娩の理由 ※□に✓をしてください □海外赴任・その帯同家族 □里帰り出産 □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	
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(健保組合名)		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。				
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有った場合、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と証明書の添付でも可。  
ただし、外国語で作成された場合には、翻訳を添付してください。（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。