

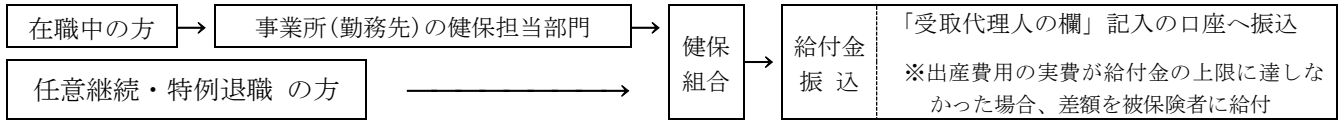
事業所担当者 確認印

←任継・特退
の加入者は
押印不要

金額		
	円	
内訳	代理人	円
	被保険者	円

支給決定伺		
令和 年 月 日		
GL	担当者	担当者

《申請書の流れ》



富士フイルムグループ健康保険組合 殿

家族 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、別に申請が必要です。
※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: ()			
	出産する方	氏名: (年 月 日生)	出産予定日 及び 胎児数	年 月 日 単胎・多胎(児)		
	被扶養者認定後 6ヶ月以内に出産 の場合、認定前に 加入していた健保 *他健保への二重請求 はできません。	前健保 加入期間	(入社年月日)		(退職年月日)	
		加入状況	1. 被保険者(本人)として加入 2. 被扶養者(家族)として加入			
		当時の 健康保険証	記号			改姓した場合、当時の氏名
	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。 ※委任状:特退・任継は記入不要 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を証明する印や文言が無い場合は40.8万円を上限とする) 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			フリガナ			
		口座名義				

※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。