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			
常務理事	事務長	ＧＬ	担当者

≪申請書の流れ≫

在職中の方 → 事業所(勤務先)の健保担当部門〔ＦＦＢＸ・給事セ・総務・人事 等〕 → 健保組合 → 給付金振込 →「受取代理人の欄」記入の口座へ振込

※出産費用の実費が給付金の上限に達しなかった場合、差額を被保険者に給付

任意継続・特例退職 の方 ――――――→ 健保組合

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	〒　－　　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） 年　月　日 ～	（退職年月日） 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	
		保険者(健保組合等)	名称: ℡:
出産予定の医療機関等	名 称		
	所在地	〒　－　　電話　（　）	

被保険者証の記号・番号に代えてﾏｲﾅﾝﾊﾞｰで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰで申請の場合:-1.本人確認の書類(番号ｶｰﾄﾞ等の写し等)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	＊					口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 （　）
金融機関名	銀行 農協 金庫 信組						本 店 支 店 出張所							
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 日締めの翌月 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。