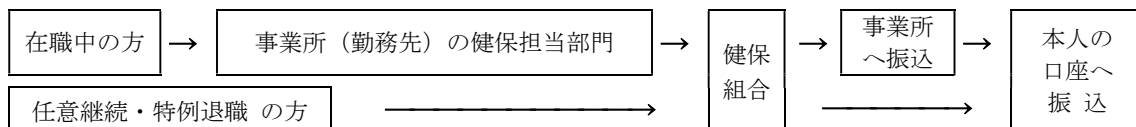


事業所担当者確認印	金額	支給決定伺		
		令和 年 月 日		
← 任継・特退の加入者は押印不要	円	GL	担当者	担当者

《申請書の流れ》



本人 出産育児一時金請求書（全額払・直接払用）

被保険者証		分娩した方の氏名		続柄	死産のときはその旨
記号	番号			本人	
分娩年月日		年 月 日			
分娩した医療施設について	所在地				『直接支払制度』の利用
	名称				有・無
当健保資格喪失後（退職後6ヶ月以内）に請求の場合 *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) 年 月 日 ~ (退職年月日) 年 月 日			
	現在の健康保険証	記号	改姓した場合		
番号		現在の氏名			
	保険者(健保組合)	名称： TEL：			
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	
<p>他の保険者へは請求しないことを誓約のうえ、上記の通り申請いたします。 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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所 氏名</p>					

市区町村長の証明 医師・助産師又は	分娩年月日	年 月 日	生産死産の別	生産・死産 (妊娠 第 週)	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)			
	上記の通り相違ないことを証明する。				年 月 日
医療施設の名称・所在地 医師・助産師名または市区町村長名				(印)	

【添付書類】

- (下記のいずれかの**原本**) ◆「産科医療補償制度」対象分娩の際には「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の印字やスタンプ等による明記が必要
 - 直接支払利用 有：医療機関交付の“直接支払制度専用請求書と相違無い”旨の記載が有る「明細書」
 - 直接支払利用 無：医療機関交付の“直接支払制度を利用しない”旨の記載が有る「領収書」

※医療費控除等で領収書の原本証明が必要な方は「原本証明希望」のメモを貼付してください。
- 直接支払制度合意文書の写し
- 医師・助産師又は市区町村の証明の代わりに、母子手帳内の「出生届出済証明」が記載されているページの写し(A4 サイズ)で、または住民票（マイナンバーの記載がないもの）の写しでも可。

【注意事項】

- 出産育児一時金「直接支払い制度」を満額利用した場合の退院時精算額(自己負担金)は請求できません。領収・明細書の受取代理額が、42万円/一児(産科医療補償制度対象外の場合40.8万円)未満であることを確認して下さい。
- 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。
- 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。