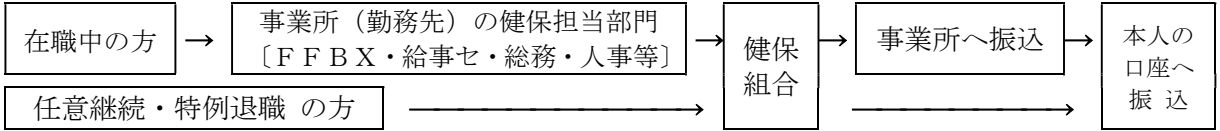


| | | |
|-------|------|----------|
| 健保使用欄 | 法定期間 | / ~ / |
| | 支給期間 | 自： 年 月 日 |
| | | 至： 年 月 日 |
| | 支給額 | ¥ |
| | | |

| 支給決定伺 | | | |
|----------|-----|-----|-----|
| 令和 年 月 日 | | | |
| 常務理事 | 事務長 | G L | 担当者 |
| | | | |

| |
|-----------|
| 事業所担当者確認印 |
| |

《申請から給付の流れ》



↑ 任継・特退の加入者は 押印不要

出産手当金請求書

※ 太枠の中を記入して下さい。

| 被保険者証 | | 退職後の請求の場合 | |
|--|--|-----------|-------------|
| 記号 | 番号 | 入社年月日 | 平成・令和 年 月 日 |
| | | 退職年月日 | 平成・令和 年 月 日 |
| 請求期間 | 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間 上記のうち、「労務に服した日」「報酬額が出産手当金を上回った日」「法定期間以外の日」は除いて請求します。 | | |
| 分娩予定日 | 平成・令和 年 月 日 | 分娩日 | 平成・令和 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 |
| 報酬を受けた場合、出産手当金から報酬額を控除(調整)することに同意し、上記のとおり請求します。 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 | | | |

* 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。

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------|--------------|---------------|-------------------|
| 医師 又は 助産師 の 証 明 | 分娩予定日 | 平・令 年 月 日 | 出生児の数 | ・ 単胎 |
| | 分娩年月日 | 平・令 年 月 日 | | ・ 多胎 (児) |
| | 正常出産または 異常出産の別 | ・ 正常 ・ 異常 | 生産または 死産の別 | ・ 生産 ・ 死産(妊娠週) |
| | 上記のとおり証明いたします。 | | | 令和 年 月 日 |
| | 所在地 | | | |
| | 医療機関の名称 | | | |
| | 担当医師(助産師)の氏名 | | | |
| | | (印) | | |

《医師・助産師の証明についての補足事項》

※ 海外で出産の場合は、2頁目の《海外用》医師または助産師の証明欄に証明を受けてください。

※ 請求期間に在籍期間が含まれる場合、その期間の給与について証明して下さい。

(勤怠表を添付してください)

| | | | | |
|---|---|----|-----------|---|
| 事業主が証明する欄 | 労務に服さなかった期間： 年 月 日～ 年 月 日まで 日間 | | | |
| | 上記の期間（出勤日以外）に対して報酬・交通費を支給しました（します）か | | はい ・ いいえ | |
| | 報酬・交通費を支給した場合、その期間と報酬額をご記入ください。（出勤日に対する報酬は除いて証明） ※ 時給日給や有給取得等、日により報酬が異なる場合… 別紙へ記入 ← 該当する場合は○ | | | |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | 日間 | 日額・期間額・月額 | 円 |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | 日間 | 日額・期間額・月額 | 円 |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | 日間 | 日額・期間額・月額 | 円 |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | 日間 | 日額・期間額・月額 | 円 |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | 日間 | 日額・期間額・月額 | 円 |
| 上記のとおり相違無いことを証明いたします。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">所在地 事業主 氏名</div> <div style="text-align: right;">(印)</div> | | | | |
| 特記事項 | | | | |
| 【事業主の方へお願い】 * 請求期間にかかわる出勤簿を添付して下さい。 * 休業日に対する報酬（交通費含む）を、日額・期間額・月額のいずれかを○印で選択し証明して下さい。（出勤日に対する報酬は差し引いて下さい） * 証明対象期間に対して、翌月以降に加算される手当・控除等がありましたらその額を含めて証明して下さい。 | | | | |

| | |
|--|---|
| ≪海外用≫医師または助産師の証明 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 |