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
健保使用欄
被扶養者認定　あり　・　なし

支給決定伺		
令和　年　月　日		
GL	担当者	担当者

≪申請から給付の流れ≫

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保担当部門 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

任意継続・特例退職 の方 → 健保組合 → 本人の口座へ振込

本・家　出産育児一時金請求書（海外）

被保険者証 記号	被保険者証 番号	分娩した方の氏名	続柄

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		
海外での分娩の理由 ※□に✓をしてください	□1.海外赴任・その帯同家族 □2.里帰り出産 □3.その他（　）	分娩の理由が2.3の方 出産育児一時金のご申請時に新生児の扶養認定を行っていない場合は、パスポート等の写しもご提出ください。	

出産育児一時金は他健保との二重請求はできません。以下a.bに該当する方は、以下の保険証情報を記入ください。
a.　被保険者本人の出産で退職後６ヶ月以内の請求の場合
b.　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

a.現在加入されている健康保険証の情報 b.以前に加入されていた健康保険証の情報	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。	備考欄	

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、海外出産の日時、内容等の事実を確認するため、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、本申請書を健保へ提出すること及び、本申請に基づく給付金を受領することを事業主へ委任いたします。

富士フイ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。