

被保険者・家族出産育児一時金支給請求書

※添付資料が A4 サイズ以外の場合は本紙裏面に糊付けして下さい

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号及び番号	記号	番号	事業場の名称	会社名: 事業場:	
	分娩年月日	平・令 年 月 日		死産の時はその旨		
	分娩した場所	医療施設等の名称				
		医療施設等の所在地				
	出生児の名前				出生児が被扶養者であるかどうか	被扶養者である・ない
	出生児が被扶養者でない時はその理由					
	出産した家族の氏名・生年月日				昭・平・令 年 月 日	
備考						

上記により出産育児一時金を請求する。 (注)必ず下記の受領委任にご記入、ご捺印下さい。

年 月 日

被保険者氏名及び印



ダイセル健康保険組合理事長 殿

医師・助産婦が証明するところ	分娩年月日	平・令 年 月 日	出生届出日	平・令 年 月 日	
	生産・死産の別		生産・死産(妊娠 ヶ月)		
	出生時の数	単胎・多胎(児)			
	上記のとお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 医師または助産師または市区町村長名				



支給決定伺	決定年月日	常務理事	審査担当者	受付	資格取得・扶養認定	昭・平・令 年 月 日
	年 月 日				資格喪失	平・令 年 月 日
	支給決定額	被保険者・家族出産育児一時金 円			備考	

受領委任	上記の請求金額の受領方を事業主代理人に委任します。				
	年 月 日		被保険者氏名		
ダイセル健康保険組合理事長殿					印