

出産育児一時金 差額支給請求書（本人・家族）
（直接支払制度利用者用）

【添付書類】 A4 サイズ以外のものは本紙裏面に糊付けして下さい

- ① 直接支払制度を利用したことを確認できる書類の写し
- ② 領収証写し（直接支払制度対象金額が確認できるもの）

| | | | | | | |
|--------------|-------------------|-----------|----|--------|-----------------|------------|
| 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 | | | | | |
| | 分娩した被扶養者の氏名・生年月日 | | | | | |
| | 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

| | | | | | | |
|-------|-------|---------|------|-------|----|----|
| 支給決定伺 | 決定年月日 | | 常務理事 | 審査担当者 | 受付 | 備考 |
| | 年 月 日 | | | | | |
| | 支給決定額 | 出産育児一時金 | | | 円 | |

| | | | |
|------|---------------------------|--|----------|
| 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 | | |
| | ダイセル健康保険組合理事長殿 | | 被保険者氏名 印 |