

どちらかに○をつける

健康保険証の氏名の上をご覧ください。

# 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)

本人が分娩した場合は記入不要

在籍会社名、勤務地を記入

【添付書】 A4サイズ以外のも

- ① 直接支払制度を利用したとき
- ② 領収書写し (直接支払制度対応が確認できるもの)

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	医療施設名称				
		医療施設の所在地				
	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

印

ダイセル健康保険組合理事長 殿

提出日、被保険者 (本人) 名、捺印

支 給 決 定 伺	決定年月日	常務理事	審査担当者	受付
	年 月 日			
	支給決定額	出産育児一時金		円

提出日、被保険者 (本人) 名、捺印

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

印

ダイセル健康保険組合理事長殿