

どちらかに○をつける

被保険者証の氏名の上をご覧ください

被保険者・家族出産育児一時金支給請求書

※添付書類が 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		
	出生児が 主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 ない時はその旨			
	出産した家族 の氏名 ・生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	備考			

被保険者の出産の場合は記入不要

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

この欄は、主治医に記入を依頼して下さい

この欄は、健保組合で使用します

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