

| | | | | | | | | | | |
|------|----|----|---|------|-----|----|----|---|----|----|
| 支給決定 | 法定 | 摘要 | 決 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係員 | 決 | 決定 | 記録 |
| | 付加 | | | | | | 定 | | | |
| | 計 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------|-------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------|--|
| 本人記入欄 | 被保険者 家族 出産育児一時金(付加金)請求書 | | | 記号番号 () | 所属 | 工場 課 組 | |
| | | | | 氏名コード | | 内線 () | |
| | | | | フリガナ | | | |
| | | | | 氏名 | | | |
| | 分娩者の氏名 及び生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | 請求区分 | 被保険者 被扶養者 | ※被保険者請求で、退職後6カ月以内に分娩された方のみご記入下さい。 | | |
| 分娩年月日 | 令和 年 月 日 | 出生児数 | 児 | ①夫の氏名 | | | |
| 出生児の氏名 及び生年月日 | 令和 年 月 日生 | 被保険者 との関係 | | ②夫の勤務先 | | | |
| 分娩年月日 | 令和 年 月 日 | 出生児数 | 児 | ③健康保険の種類(社保 ・ 国保 ・ その他) | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | 医療機関の名称・所在地 | | TEL | | |
| 令和 年 月 日 | | | 医師・助産婦の氏名 | | 生産・死産の別 生産 ・ 死産 (妊娠 月) | | |
| | | | | | 印 | | |
| 医師・助産婦の証明 市区町村長の証明 又は | 本籍 | | | 筆頭者名 | | | |
| | 出生児氏名 | 出生年月日 | 令和 年 月 日生 | 出生届出日 | 令和 年 月 日届 | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | 市区町村長名 | | 印 | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |

ダイハツ健康保険組合理事長殿

上記により金 円を支給されるよう請求します。なお私の受ける給付金の受領方を事業主に委任します。

受付印

添付する書類
① 医療機関と合意しない旨を明確にした合意文書のコピー
② 領収・明細書のコピー
(産科医療加入機関で分娩した場合は、所定のスタンプを)

(〒 —)
住所 _____
被保険者氏名 _____ (印)
TEL _____ ()