

支給決定	法定	摘要	決裁	常務理事	事務局長	事務長	係員	決定	記録	
	付加									
	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	(100) 12345		所属	池田第1工場 組立課 123組 美羅班 内線(4567)			
			氏名コード	1	2		3	4	5	
			フリガナ	ダイハツ タロウ						
			氏名	大発太郎						
	分娩者の氏名 及び生年月日	大発花子 昭和・平成 55年 4月 1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 2年 5月 1日		出生児数	1児		①夫の氏名 ②夫の勤務先			
出生児の氏名 及び生年月日	大発健太 令和 2年 5月 1日		被保険者 との関係	長男		TEL ③健康保険の種類(社保・国保・その他)				
公称	令和 年 月 日 日生	出生児数	児		生産・死産の別		生産・死産(妊娠 カ月)			
医師・助産婦の証明 又は 市区町村長の証明	死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。		出産した医療機関に記入してもらって下さい							印
	令和 年 月 日									
	本籍	大阪府池田市豊島△-△-△		筆頭者名	大発太郎					
	出生時氏名	大発健太		令和 2年 5月 1日	出生届出日	令和 2年 5月 8日届				
上記のとおり相違ないことを証明します。		市区町村に記入してもらって下さい							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)

(〒 563 - ××××)
住所 大阪府池田市豊島北△-△-△
被保険者氏名 大発太郎
TEL 072 (〇〇〇) ××××

