

健康保険〔被保険者 被扶養者〕 出産育児一時金 請求書

被保険者が記入するところ (※1) (※2) は、 該当する方のみ記入してください。)	健康保険 被保険者証	記 号	番 号	事業所名称	所属 連絡先所属・TEL TEL (内線/外線)	
	出産した 年 月 日	令和 年 月 日		被扶養者が出産 したための請求 であるときは、 その方の	氏 名	
	他から出産育児一時金を受けますか	受ける・受けない			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日生
	上記の給付金を請求し、受領を_____に委任します。					
	令和 年 月 日 〒 _____ 住所 被保険者の 氏名 ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿					
(※1) [被扶養者] 出産育児一時金の請求で、 出産した被扶養者のダイキン健保加入日 が出産以前6カ月以内の方は、 ⇒ 以前加入していた保険証について 記入してください。				記号一 番号	—	
(※2) [被保険者] 出産育児一時金の請求で、 資格喪失後6カ月以内に出産したこと による請求の方は、 ⇒ 出産日現在加入の保険証につい て記入してください。 ⇒ 給付金の受取口座も記入してくだ さい。				事業所名称 保険者名称	—	
				振込銀行口座 (被保険者名義)	銀行名 _____ 普通預金口座番号 支店名 _____ ()	

医師・助産師が証明するところ	出産した 年 月 日	令和 年 月 日	生産 ・ 死産 の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヵ月)	
			出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 医療機関の 名 称 令和 年 月 日 医師・助産師の氏名 電話 ()				

- 【必要な添付書類】 ①分娩機関発行の『出産費用の領収・明細書』の写し
②分娩機関と交わす『合意文書』の写し