

支給決定並びに支出伺			年 月 日		
支給額	出産育児一時金	円	常務理事	事務長	担当者
	家族出産育児一時金 等内払金				
資格取得日	年 月 日	被扶養者認定日	年 月 日		
資格喪失日	年 月 日				

健康保険被保険者・**家族** 出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書

ダイワボウ HD 健康保険組合 申請日 令和 8 年 6 月 25 日

被 保 険 者 が 記 載 す る と こ ろ	記号	番号	被保険者の生年月日			
	〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	昭和・ 平成 2 年 6 月 1 日			
	被保険者の 氏名	大和 太郎	事業所名	〇〇株式会社		
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 ― 〇〇〇〇 大阪市〇〇区△△町 □□-□□				
	被扶養者が出産した ための申請である時 は、その方の	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日			
		大和 花子	昭和・ 平成 3 年 1 月 1 日			
	出 産 した 年 月 日		出生児数	死産児数	妊娠経過期間	
	令和 8 年 6 月 1 日		1人	人	40 週	
	出生児の氏名	続 柄	出産した医療機関等			
	(フリガナ) ダイワ サブロー	長男	名 称	〇〇病院		
	大和 三郎		所在地	大阪市〇〇区〇〇		
	(フリガナ)		産科医療保障加入制度	有 ・ 無		
	振込希望金融機関	〇〇 銀行 〇〇 支店 普通 No. 1234567				
	振込口座名義人 (被保険者本人名義)	(フリガナ) ダイワ タロウ 大和 太郎				
	被 保 険 者	① 今回の請求は、退職等によりダイワボウ HD 健康保険組合の資格喪失後6ヵ月以内に出生したことによる請求ですか。				はい いいえ
②上記①ではいい、必ず被保険者本人名義の口座を記入してください。 本人名義以外の口座には振込できません。				はい いいえ		
③上記②ではいい、被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入して下さい。						
被 扶 養 者	④今回の請求は、家族が被扶養者認定後6ヵ月以内に出生したことによる請求ですか。				はい いいえ	
	⑤上記④で、はいと答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。				はい いいえ	
	⑥上記⑤ではいい、と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号を記入して下さい。		保 険 者 名			
		記号・番号				

(添付書類) ◎出産育児一時金等申請・受取代理契約書(合意書)控の写し
◎分娩費内訳明細書(領収書)の写し(産科医療保障制度の対象分娩の場合は所定印が必要)