

支 給 決 定		摘 要		記 号	番 号
出 産 育 児 一 時 金 請 求 書 家 族 出 産 育 児 一 時 金			被 保 険 者 氏 名		
分 娩 した 者 の 氏 名 及 び 生 年 月 日		年 月 日 生	事 業 所 名		
分 娩 年 月 日		令 和 年 月 日	出 生 児 数	児	死 産 の と き は 妊 娠 月 数 妊 娠 月 週
資 格 喪 失 後 分 娩 の 場 合 の 振 込 先	銀 行 フリガナ	支 店 フリガナ	口 座 番 号	口 座 名 義 人 フリガナ	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)			備 考 欄		

上記により申請いたします。

令和 年 月 日

受 付 印

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	〒	TEL ()
	住 所	
	氏 名	
	(必須) <input type="checkbox"/> に確認のチェックを付けてください。	
<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。	
	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。	
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	

出産若しくは死産に 関する医師、助産師 又は市区町村の証明	医 師 ・ 助 産 師	分 娩 年 月 日 令 和 年 月 日	生 産 又 は 死 産 の 別 生 産 ・ 死 産	医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地	
		出 生 児 数 単 胎 ・ 多 胎 (児)	(妊 娠 月 週)	医 師 又 は 助 産 師 の 氏 名	
	市 区 町 村 長	本 籍	筆 頭 者 氏 名	出 生 届 出 日 令 和 年 月 日	市 区 町 村 長 名
		出 生 児 氏 名	出 生 年 月 日 令 和 年 月 日	印	
分娩者が被保険者あるいは 家族(被扶養者)であるときは それに関する事業主の証明		事 業 主 名			

※医療機関等から交付される合意文書の写しを必ず添付してください。

この合意文書には、「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」および申請先となる「保険者名(ダイハツ系連合健康保険組合)」が記載されているかどうか確認してください。

※医療機関等が発行する領収・明細書等の写しを必ず添付してください。

この領収・明細書等には、「直接支払制度を利用していない旨」が記載されているかどうか確認してください。

また、産科医療補償制度に加入している医療機関等で分娩した場合は、「産科医療補償制度加入機関」のスタンプ印があるかどうか確認してください。