

支給 決定		摘要		記号	番号
出産育児一時金 家族出産育児一時金			内払金支払依頼書	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 ヵ月 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。		

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	
--	------	--

※直接支払制度を利用した場合であって、出産に要した費用が50万円(令和5年3月までは42万円)未満の場合は、出産育児一時金の差額請求をすることができます。
 なお、産科医療補償制度に未加入の医療機関等では48万8千円(令和5年3月までは40万8千円)となります。

※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、「専用請求書の内容と相違ない旨」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。 2023.4改定