出産育児一時金（本人・家族）支給申請書

支給額	円

ダイフク健康保険組合　殿

年　　月　　日請求

被保険者（請求人）記入欄	被保険者の記号・番号	―	事業所名	
	被保険者の住所			
	被保険者の氏名			
	分娩年月日	年　　月　　日	死産の時はその旨	
	病院等の名称			
	病院等の所在地			
	家族の分娩である時はその氏名，生年月日		年　　月　　日生	
	振込希望銀行名 （被保険者、または、受取代理人名義のものを記入してください）	銀行名　　支店名 口座番号 口座名義　（ﾌﾘｶﾞﾅ）		
医師又は助産師の証明	分娩年月日	年　　月　　日	単胎・多胎妊娠の別	単胎 多胎　（　　児）
	生産・死産の別	生産・死産（妊娠　　ヶ月　　週）		
	上記の通り相違ないことを証明します。 年　　月　　日 住所 氏名			

この欄は、給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入ください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 年　　月　　日 被保険者（請求者） 住所 氏名	代理人の氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） 被保険者との関係 代理人の住所・電話番号 住所 電話　（　　）

・海外での分娩の場合で医師又は助産師の証明欄に記載ができない場合は、出生証明書（原本）と証明書の内容を翻訳したものを添付してください。

「産科医療補償制度」加入分娩機関にて出産された場合、
出産育児一時金は 50万円 支給されます。（未加入の場合、海外分娩の場合は48.8万円）
その場合、必ず「 領収書 」※のコピーを添付してください。
※産科医療補償制度機関であることを証明するスタンプ印を押されたもの