

決 裁	年 月 日	尚 務 理 事	専 務 長	担 当 者
支 給 支 出 伺	支	<h1 style="color: red;">被保険者(本人)が 出産した時の見本</h1>		
	分			
	資			
資	姓 名	年 月 日		

## 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

被保険者証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社〇〇〇	所属	〇〇部
分娩の年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		死産のときはその旨		
配偶者が分娩 したとき	氏 名	生年月日	年	月	日
個人情報	本請求によって「赤ちゃん」とママの赤い血を2年間お送りし、また 赤ちゃんの赤い血をママの赤い血と混ぜてママの赤い血として拒否される方は 被保険者の資格を喪失した日の前日まで継続して1年以上ある被保険者がそこに資格を喪失した日後6ヶ月以内に出産した場合の方は保険者名(連絡先)を記載して下さい。該当しない場合も無しと必ず記載して下さい。				<input type="checkbox"/> 拒否
①ダイヘン健康保険組合以外で申請する ②他の保険者に申請していないことについて認することに同意します。					当該保険者に確
申請が可能な他の保険者名		電話番号			
備 考	※個人番号	従来どおり、記号番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。			
上記のとおり請求します					
平成〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者住所	大阪市淀川区田川1-2-34			
	氏 名	ダイヘン花子			
ダイヘン健康保険組合理事長印	こちらの欄は医師または助産婦又は市区町村の担当の方に証明して頂く欄です。 尚、医療機関での証明は、手数料が発生します。 市区町村では、出産届を提出する際に一緒に提示すると手数料は不要になります。				
医師・助産婦又は市区町村の証明	分娩 上記	詳しくは出産した医療機関やお住まいの市区町村へお問い合わせください。 市区町村にて証明して頂く場合に限り、生産・死産の別は空欄でも可。  直接支払制度をご利用で差額が発生した際に本用紙にて差額分の請求をする際には こちらの証明をいただく必要はありません。 添付書類として出産費用明細書(写)が必要です。 産科医療補償制度加入機関での出産は、その旨のスタンプの押印された証明が必要			
(株)ダイヘン、ダイヘンビジネスサービス(株)、ダイヘンテック(株)、ダイヘン産業機器(株)の方は記入が必要です。	平成〇〇年	△△月	〇〇日	円受領し、	受領印は、必ず押印が必要。
被保険者氏名	ダイヘン花子		受領者住所	大阪市淀川区田川1-2-34	
			氏 名	ダイヘン花子	

\* 産科医療補償制度加入医療機関等での出産は、スタンプが押印された領収書等のコピーを添付して下さい。  
 \* 直接支払制度を利用されない場合は、その旨の記載した文書を提出して下さい。  
 ※従来どおり記号・番号でご申請いただく方については、個人番号は記入不要です。

決 裁	年 月 日	堂務理事	事務長	担当者
支給支出伺	支 出	<h1 style="color: red;">被扶養者(家族)が 出産した時の見本</h1>		
	分 資 格			
	資 格			
	資 格			

## 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

被保険者証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社〇〇〇	所属	〇〇部
分娩の年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		死産のときはその旨		
配偶者が分娩 したとき	氏 名	ダイヘン花子		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
個人情報	本請求によって「赤ちゃんの 発送のため赤ちゃんとママ 不要として拒否される方は 被保険者の資格を喪失した日の前日 まで継続して1年以上ある被保険者が そに資格を喪失した日後6ヶ月以内に 出産した場合の方は保険者名(連絡 先)を記載して下さい。該当しない場 合も無しと必ず記載して下さい。			<input type="checkbox"/> 拒否	
①ダイヘン健康保険組合以外で申請するこ ②他の保険者に申請していないことについ 認することに同意します。					
申請が可能な他の保険者名	該当なし		電話番号		
備 考	※個人番号: ←		従来どおり、記号番号で申請される方 については個人番号の記入は不要で す。		
上記のとおり請求します					
平成〇〇年〇〇月〇〇日		被保険者住所	大阪市淀川区田川1-2-34		
		氏 名	ダイヘン太郎		
医師・助産婦又は 市区町村の証明	ダイヘン	こちらの欄は医師または助産婦又は市区町村の担当の方に証明して頂く欄です。 尚、医療機関での証明は、手数料が発生します。 市区町村では、出産届を提出する際に一緒に提示すると手数料は不要になります。 詳しくは出産した医療機関やお住まいの市区町村へお問い合わせください。 市区町村にて証明して頂く場合に限り、生産・死産の別は空欄でも可。 直接支払制度をご利用で差額が発生した際に本用紙にて差額分の請求をする際 にはこちらの証明をいただく必要はありません。 添付書類として出産費用明細書(写)が必要です。 産科医療補償制度加入機関での出産は、その旨のスタンプの押印された証明が必要 です。			
	分娩				
	上記				
本請 委任	(株)ダイヘン、ダイヘンビジネス サービス(株)、ダイヘンテック(株)、 ダイヘン産業機器(株)の方は記入 が必要です。		署名欄は、 すべて自筆が原則です。 データ入力される場合は 押印して下さい。		
平成〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者氏名	ダイヘン花子		受領者住所	大阪市淀川区田川1-2-34
		氏 名	ダイヘン太郎		
				受領印は、必ず 押印が必要。	

- \* 産科医療補償制度加入医療機関等での出産は、スタンプが押印された領収書等のコピーを添付し下さい。
  - \* 直接支払制度を利用されない場合は、その旨の記載した文書を提出して下さい。
  - \* 海外での出産の場合の証明書類は、現地日本領事館に提出した出生届の(写)及び日本語翻訳した(写)を添付して下さい。
- ※従来どおり記号・番号でご申請いただく方については、個人番号は記入不要です。