

決 裁	年 月 日			常務理事	事務長	担当者
支給支出伺	支 給 金 額	円				
	分 娩 日	年 月 日	備 考			
	資 格 取 得 日	年 月 日				
	資 格 喪 失 日	年 月 日				

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

被保険者証 記号・番号	-	事業所の名称	所属
分娩の年月日	年 月 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「赤ちゃん和妈妈」の育児冊子を3年間お送りします。 発送のため赤ちゃん和妈妈社にあなたの住所情報を提供します。 不要として拒否される方は右欄の拒否に○をつけてください。		<input type="checkbox"/> 拒否

- ①ダイヘン健康保険組合以外で申請することが可能な保険者には申請していません。
②他の保険者に申請していないことについて、ダイヘン健康保険組合が申請先の保険者が当該保険者に確認することに同意します。

申請が可能な他の保険者名	電話番号
--------------	------

上記のとおり請求します

年 月 日

被保険者住所

氏 名

ダイヘン健康保険組合理事長 殿

医師・市区町村の証明 助産婦又は	分娩日又は届出日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠 カ月）
	上記のとおり相違ないことを証明します			
	年 月 日	住所	氏名	Ⓜ

本請求金額の受領を 委任します	に	金	円受領しました
年 月 日		年 月 日	
被保険者氏名		受領者住所	Ⓜ
		氏 名	

※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ください。