

# 出産育児一時金（本人・家族）支給申請書

支給額 00,000 円

ダイフク健康保険組合 殿

XX年 XX月 XX日請求

被 保 険 者 （ 請 求 人 ） 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	11 - 123456	事業所名	株式会社〇〇〇〇		
	被保険者の住所	〇〇県〇〇市△△町1-2				
	被保険者の氏名・印	健保 太郎			健保印	
	分娩年月日	XX年 XX月 XX日	死産の時は その旨			
	病院等の名称	〇〇病院				
	病院等の所在地	〇〇県〇〇市△△町1				
	家族の分娩である時は その氏名, 生年月日	健保 愛子		XX年 XX月 XX日生		
	出生児の 氏名, 生年月日, 続柄	氏名 健保 一郎	XX年 XX月 XX日生	(続柄) 長男	被扶養者で ある・ない ある	
	出生児が被扶養者でない 時は、その理由					
	振込希望銀行名	〇〇銀行 △△支店		口座番号	123456	
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			口座名義(か)	ケンポ タロウ		
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分 娩 年 月 日	XX年 XX月 XX日	単胎・多胎 妊娠の別	単胎		
	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 々 月 週)		多胎 ( 児)		
	上記の通り相違ないことを証明します。 ※医師が記入（証明）して下さい。					
XX年 XX月 XX日						
住所 〇〇県〇〇市△△町1						
氏名 〇〇 〇〇〇						
医師印						

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。	代理人の氏名・印	被保険者との関係
	年 月 日	(フリガナ)	
	被保険者（請求者） 住所	印	
	氏名	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 42万円 支給されます。（未加入の場合、海外分娩の場合は40.4万円）  
 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