

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金等支給申請書

被保険者等の 記号・番号			被保険者の 氏名と印		印
被保険者の 現住所	〒				
出産した者が被扶養者の 場合は、その者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄
			年 月 日		
出 産 し た 日	年 月 日		生産または 死産の別	生産 ・ 死産 ・ 生産死産混在 ※死産の場合は妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)	
出生児の氏名 (多児の場合は全ての出生児氏名)	フリガナ				
出産した分娩機関の	名 称			所 在 地	
ダイダン健康保険組合脱退者は下欄を記入してください。在職者(ダイダン・関連会社)は記入不要。					
振込希望金融機関	名 称				支 店
	種 別	1. 普通 2. 当座 3. ()	口座 番号		口座 名義
備 考	※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。)				

証 明 欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明	出産者氏名			出 産 年 月 日	年 月 日		
		出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		生産または 死産の別	生産 ・ 死産 ・ 生産死産混在 ※死産の場合は妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)		
		上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					分娩機関の所在地 分娩機関の名称 医師・助産師の氏名	印
	市区町村長による証明	本 籍				筆 頭 者 氏 名		
		母 氏 の 名		出生児氏名		出 生 年 月 日	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					市 区 町 村 長 名	印		

【添付書類】

分娩機関発行の領収書または請求書（写）
(分娩機関が産科医療補償制度加入機関の場合は、加入機関証明の押印があるもの)

