

▼この欄は記入不可	常務理事	事務長		担当者	出産育児一時金	円
					出産費用	円
					差額支給額	円
					付加金支給額	円

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金等 内払金(差額) 支払依頼書 付加金支給申請書

被保険者等の 記号・番号			被保険者の 氏名と印		⑩	
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)		
出産した分娩機関の	名 称			所 在 地		
ダイダシ健康保険組合脱退者は下欄を記入してください。在職者(ダイダシ・関連会社)は記入不要。						
振込希望金融機関等	名 称				支 店	
	種 別	1. 普通 2. 当座 3. ()	口座 番号		フリガナ	
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。)					

【添付書類】

- ① 直接支払制度に係る合意書 (写)
- ② 分娩機関が発行する領収・明細書 (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)
- ③ 母子手帳の「出生届出済証明」ページ (写) または出生証明書 (写)

※ 出産費用が50万円(産科医療補償制度未加入の場合は48.8万円)未満の場合は、「出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書」及び「出産育児一時金等付加金支給申請書」として、また、50万円(48.8万円)を超える場合は、「出産育児一時金等付加金支給申請書」として、ご提出ください。