

支給決定並びに支出伺		年	月	日			
支給額	出産育児一時金	円	常務理事	事務長	担当者		
	家族出産育児一時金 等内払金						
資格取得日	年	月	日	被扶養者認定日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日				

健康保険被保険者・**家族** 出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書

ダイワボウ健康保険組合

申請日 令和4年7月1日

被 保 険 者 が 記 載 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日			
	65	1234567	昭和	平成	2年6月7日	
	被保険者の氏名・印		大和 太郎	事業所名	〇〇〇〇株式会社	
	被保険者の住所		〒 123-4567 大阪市〇〇区〇〇町×-×-×			
	被扶養者が出産したための申請である時は、その方の		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		
			大和 花子	昭和	平成	2年7月8日
	出産した年月日		出生児数	死産児数	妊娠経過期間	
	令和4年5月20日		1人	人	40週	
	出生児の氏名		続柄	出産した医療機関等		
	(フリガナ) ダイワ ジロウ		長男	名称	大和病院	
	大和 次郎			所在地	大阪市△△区××町〇番地	
	(フリガナ)			産科医療保障加入制度	有・無	
	振込希望金融機関		大和 銀行 本町 支店 普通 No.2345678			
	振込口座名義人		(フリガナ) ダイワ タロウ 大和 太郎			
	被 保 険 者	①今回の請求は、退職等によりダイワボウ健康保険組合の被扶養者として、産後6ヵ月以内に出産したことによる請求ですか。				はい いいえ
②上記①では、必ず被保険者本人名義の口座を記入してください。本人名義以外の口座には振込できません。				はい いいえ		
③上記②では、被扶養者と被扶養者の関係が、健康保険の資格を喪失したことに伴って、記号・番号を記入して下さい。		記号・番号				
被 扶 養 者	④今回の請求は、家族が被扶養者認定後6ヵ月以内に出産したことによる請求ですか。				はい いいえ	
	⑤上記④で、はいと答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。				はい いいえ	
	⑥上記⑤では、はいと答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号を記入して下さい。		保険者名			
		記号・番号				

(添付書類) ◎出産育児一時金等申請・受取代理契約書(合意書)控の写し

◎分娩費内訳明細書(領収書)の写し(産科医療保障制度の対象分娩の場合は所定印が必要)