| | | | |
|---|---|---|---|
| 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 伺年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 決裁年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 支給額 | | | |
| 支給内訳 | 出産育児一時金 | 円 | |
| | 出産育児付加金 | 円 | |
| 標準報酬月額 | 円(第　　級) | | |

| 支給支払決議書 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | | | |
| 資格取得 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | |
| 資格喪失 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 支払年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |

# 被保険者家族 出産育児一時金請求書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ①被保険者証の記号・番号 | | ②事業所の名称 | | ③被保険者の標準報酬月額 | 円 |
| ④被保険者の氏名 | | | ⑤被保険者の生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | |
| ⑥分娩年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | ⑦死亡のときはその旨 | | |
| ⑧分娩した場所 | 医療施設等の名称 | | | | |
| | 医療施設等の所在地 | | | | |
| ⑨家族の分娩であるときはその氏名・生年月日 | | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | |
| ⑩出生児の氏名 | | | ⑪出生児の生年月日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| ⑫出生児が被扶養者かどうか | 被扶養者で　ある　ない | | ⑬出生児が被扶養者でないときはその理由 | | |
| ⑭他制度から給付を受けているかどうか | 受けている　　受けていない | | | | |
| ⑮振込希望の銀行又は郵便局名 | 銀行　　支店 | 普通<br>当座 | 郵便局 | | |

上記のとおり申請します

令和　　年　　月　　日

被保険者の　住所　〒

氏名

カヤバ健康保険組合理事長　殿

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑰委任状 | 請求金額の受領を下記の代理人に委任します。<br>令和　　年　　月　　日<br>被保険者の　住所　〒<br>氏名<br>代理人の　住所　〒<br>氏名 | | | |
| ⑮振込希望の銀行又は郵便局名 | 銀行　　支店 | 普通<br>当座 | 郵便局 | |

| | | |
|---|---|---|
| 確認欄<br>(チェック) | □ | この届出については１又は２の要件を満たしたものである。<br>①申請書本人（被保険者）が作成したものである。<br>②申請者本人の作成ではないが、記載内容については本人に確認してある。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 医師・助産婦又は市区町村長が証明する欄 | ⑳分娩年月日 | 令和　　年　　月　　日 | ㉑生産・死産の別 | 生　産・死　産<br>(妊婦第　　月又は第　　週) | |
| | ㉒出生児の数 | 単　胎　・　多　胎　(　　児) | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証する。<br>令和　　年　　月　　日<br>医療施設の名称・所在地　〒<br>医師・助産婦名 | | | | |
| | ㉓本　籍 | | ㉔筆頭者氏名 | | |
| | ㉕出生届日 | 令和　　年　　月　　日 | ㉖出生児氏名 | | ㉗出生年月日　令和　　年　　月　　日 |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>令和　　年　　月　　日<br>区市町村長名　　㊞ | | | | |

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

※産科医療補償制度加入機関で分娩された場合は、加入マークが押された書類（領収書のコピー等）を添付下さい。