

被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書

I. 被保険者が記入するところ										
① 被保険者の署名、捺印欄 カヤバ健康保険組合 理事長殿 住所 (〒 509 - 0206) 岐阜県可児市土田〇〇番地 氏名 健保 太郎 (社員番号〇〇〇〇〇) 署名または記名押印 電話番号 0574 (〇〇) 〇〇〇〇										
② 被保険者等 記号・番号 記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇										
③ 出産した者 (どちらかに○) 1.被保険者 2.家族 (被扶養者)					④ 出 産 年月日 令和 7 年 3 月 20 日					
⑤ 家族の出産の場合はその方の 氏名 健保 花子 生年月日 平成 〇 年 〇 月 〇 日					昭和 〇 年 〇 月 〇 日 令和					
⑥ 生産、または死産の別 (いずれかに○) 1.生産 2.死産 3.生産・死産混在					⑥-1 生産の場合 出生人数 人					
⑥-2 死産の場合 死産人数 人					⑥-2-(1) 死産の場合妊娠経過期間 満 週					
⑦ 出生児の氏名 健保 次郎					⑧ 出生児が被扶養者かどうか (どちらかに○) ある		⑨ 被扶養者でないときはその理由			
⑩ 出産した医療機関等 【名称】 〇〇産婦人科 【所在地】 岐阜県可児市〇〇 〇〇番地										
⑪ 振込希望の銀行 (※給与振り込み口座の無い方のみご記入下さい) 銀行 〇〇 本/支店 通 口座番号 (左づめ) 〇〇〇〇 口座名義 (カナ) 〇〇〇〇										
⑫ 委任状：申請金額の受領を下記の代理人に委任します。 《代理人の記入するところ》 令和 年 月 日 代理人 住所 〒 氏名 ⑧退職者や任意継続被保険者の代理人(ご家族等)が記入するところ。現役の従業員については記入不要です(事業主(会社)が記入します)。										
II 証明欄 医師 す・助 欄 産 (い 婦 ず は 又 は 市 区 か の 町 証 明 が 証 明 明)	⑬ 出産者 氏 名				⑭ 出 産 年月日		令和 年 月 日			
	⑮ 出生 週)				II. 医師か市区町村いずれかの証明をもらってください。					
	上記の通り 令和									
	本籍									
	母の 氏名									
上記の通り				市区町村名		令和 年 月 日				
《カヤバ健保記入欄》										
支給 決議 書	金額 ¥		伺：令和				常務理事		事務長	
	資 得	格 喪	平・令 年 月 日				係		備考	

パソコン入力の場合は
押印が必要です

被保険者
家族

1.生産

健保 花子

平成

健保 次郎

ある

〇〇産婦人科

岐阜県可児市〇〇 〇〇番地

⑧退職者や任意継続被保険者の代理人(ご家族等)が記入するところ。現役の従業員については記入不要です(事業主(会社)が記入します)。

II. 医師か市区町村いずれかの証明をもらってください。

