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	201 77777	②事業所の名称	カヤバ（株）	③被保険者の標準報酬月額	円
④被保険者の氏名	健保　太郎		⑤被保険者の生年月日	昭・平・令　63年　4　月　1　日	
⑥分娩年月日	令和　5年5月1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	加茂せいのう病院		※該当に○印（加入・未加入）	
	医療施設等の所在地	岐阜県可児市土田 1234 番地			
⑨家族の分娩であるときはその氏名・生年月日	健保　花子		昭・平・令　4　年　5　月　5　日		
⑩出生児の氏名	健保　次郎		⑪出生児の生年月日	令和　5　年　5　月　1　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・当座）			郵便局	

上記のとおり申請します
令和　5　年5　月　10　日

被保険者の　住所〒509-0206　岐阜県可児市土田 4321 番地
氏名　健保　太郎

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。 令和　5　年　5　月　10　日 被保険者の　住所〒509-0206　岐阜県可児市土田 4321 番地 氏名　健保　太郎 代理人の　住所　〒 氏名			
⑮振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店　（普通・当座）			郵便局

確認欄（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。 ①申請書本人（被保険者）が作成したものである。 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（妊婦第　月又は第　週）
㉒出生児の数	単胎・多胎（　児）		

①　上記のとおり相違ないことを証する。
令和　年　月　日
医療施設の名称・所在地　〒
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

②　上記のとおり相違ないことを証明する。
令和　年　月　日
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（領収書等コピー）を添付下さい

①か②どちらかの証明をもらってきてください。