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		

出産育児一時金請求書

被保険者
家族

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　花子		⑤被保険者の生年月日	昭・平・令　3　年　10　月　2　日	
⑥分娩年月日	令和5　年　10　月　3　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	東部国際医療センター			
	医療施設等の所在地	岐阜県美濃加茂市健康のまち三丁目3番地			
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	健保　次郎		⑪出生児の生年月日	令和　5　年　10　月　3　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	夫の扶養になっている為	
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　10　月　5　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　花子

カヤバ健康保険組合理事長　殿

状⑰ 委任	請求金額の受領を下記の代理人に委任します。 令和　5　年　10　月　5　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　花子 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。

※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。

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)