

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							令和 年 月 日			
住所 (〒 -)										
下記のとおり申請いたします										
氏名 (社員番号)				署名または記名押印 ⑧			電話番号 ()			
② 被保険者等 記号・番号		記号 - 番号		記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入して下さい						
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 年 月 日			
⑤ 家族の出産の 場合はその方の		氏名			生年月日		昭和 平成 年 月 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		⑧ 出生児が被扶養 者かどうか (どちらかに○)		被扶養者で ある ない		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】			【所在地】					
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				口座番号 (左づめ)			口座名義 (カナ)			
普 通				本/支店						
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						
II 証 明 欄	⑬ 出産者 氏 名					⑭ 出 産 年月日		令和 年 月 日		
	⑮ 出生児 の 数					⑯ 生産・死産の 別(いずれかに○)		生産 死産(妊娠 週)		
	上記の通り相違ないことを証明する。 医療施設の名称・所在地 令和 年 月 日									
	医師・助産師の氏名									
	本籍					筆頭者 氏名				
	母の 氏名		出生児 氏名					出生 年月日		令和 年 月 日
上記の通り相違ないことを証明する。 市区町村名 (印) 令和 年 月 日										
《カヤバ健保記入欄》										
支給 決議 書	金 額 ￥					伺：令和				
	資 得		平・令 年 月 日			常務理事		事務長		備考
格 喪		平・令 年 月 日								