

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 花子 (社員番号〇〇〇〇〇) 署名または記名押印 健保 保 電話番号 0574 (〇〇) 〇〇〇〇									
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 7 年 3 月 20 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 令和 年 月 日									
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 1 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○) 被扶養者で ある ない ⑨ 被扶養者でないときはその理由 配偶者の扶養									
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 本/支店 通									
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》 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) が記入するところです。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	⑬ 出産者 氏 名	⑭ 出 産 年月日	令和 年 月 日
	助産士	⑮ 出生 の数		週)
	欄	上記の通り相		
	産婦	令和 年 月 日		
	又	本籍		
	は	母の 氏名		月 日
証明欄	上記の通り相	市区町村名		印
証明欄	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	係	備考		
	格	喪	平・令 年 月 日						