

同 年 月 日	(和暦) 年 月 日
支 給 額	円
支給 内訳	出産育児一時金 円 出産育児一時金付加金 円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	
資格取得日	(和暦)	年 月 日	
資格喪失日	(和暦)	年 月 日	

【直接支払制度を利用しない場合】

**被保険者 出産育児一時金・付加金支給申請書（出産費用全額自己負担）**

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	事業所名
被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 の 生 年 月 日		(和暦) 年 月 日
出 産 年 月 日	(和暦) 年 月 日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 週)
出 産 し た 場 所	医 療 施 設 等 の 名 称		
	医 療 施 設 等 の 所 在 地		
出 生 児 が 被 扶 養 者 か ど う か	被 扶 養 者 で あ る な い	出 生 児 が 被 扶 養 者 で な い と き は そ の 理 由	
振 込 希 望 の 銀 行 (退職者のみ記入)	銀行 支店 (普通 当座)		
備 考	※ 任意継続の方は記入不要(任継資格取得申請書に記入した口座に振込します)		
カシオ健康保険組合理事長 殿 (和暦) 年 月 日 印 被 保 険 者 の 住 所 氏 名			

資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合は記入が必要です						
あなたが現在加入している健康保険について記入してください。(出産育児一時金の重複申請確認のため)						
現在加入している 健康保険名称		<input type="checkbox"/> 健康保険組合	保 険 証	記 号	番 号	
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会				
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険				
電 話 番 号 (健康保険)		資 格 取 得 年 月 日		(和暦)	年 月 日	
カシオ健康保険組合に上記情報を提供することに同意いたします。 (和暦) 年 月 日 出産者氏名 印						

が 医 師 明 ・ す 助 産 師 欄 又 は 市 区 町 村 長	出 産 年 月 日	(和暦) 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 週 日)	
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )			
	上 記 の と お り 相 違 い な い こ と を 証 明 す る。 令 和 年 月 日 医 療 施 設 の 名 称 ・ 所 在 地 医 師 ・ 助 産 師 名				
	本 籍	筆 頭 者 氏 名			
	出 生 届 出 日	(和暦) 年 月 日	出 生 年 月 日	(和暦) 年 月 日	
上 記 の と お り 相 違 い な い こ と を 証 明 す る。 (和暦) 年 月 日 区 市 町 村 長 名 印					

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがない申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

< 添付書類 >

- ① 医療機関との『合意文書』の写し  
直接支払制度を利用しない旨、申請先がカシオ健康保険組合ある旨を記載したもの
- ② 医療機関から交付された『出産費用細書または領収書』の写し  
産科医療補償制度の対象であることを証明する文言記載またはスタンプが押された領収書

※出産育児一時金請求により取得した個人情報、利用目的を特定しており、目的の範囲を超えての利用は致しません。

同 年 月 日 (和暦)	年 月 日	支給支払決議書
<b>記入例 ●女性被保険者が直接支払制度を利用せずに出産した場合(全額自己負担) ⇒「出産育児一時金・付加金支給申請書」にて出産育児一時金全額を申請する</b>		
資格取得日 (和暦)	年 月 日	
資格喪失日 (和暦)	年 月 日	

【直接支払制度を利用しない場合】

被保険者 出産育児一時金・付加金支給申請書 (出産費用全額自己負担)

被保険者証の 記号・番号	記号	1101	番号	88888	事業所名	カシオ計算機
被保険者氏名	健康 花子			被保険者の 生年月日	(和暦) 平成 2 年 8 月 1 日	
出産年月日	(和暦) 令和 6 年 5 月 2 日	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠第 週)			
出産した場所	医療施設等の名称	□□レディースクリニック				
	医療施設等の所在地	東京都〇〇区 1-4-20				
出生児が被扶養者か かどうか	被扶養者で	ある <u>ない</u>	出生児が被扶養者で ないときはその理由	配偶者の扶養		
振込希望の銀行 (退職者のみ記入)	<b>在職中の方は事業主を通して支給いたしますので記入不要です</b> ※ 任意継続の方は記入不要(任継資格取得申請書に記入した口座に振込します)					
備考	<b>押印は不要ですが自署でお願い致します。</b>					
カシオ健康保険組合理事長 殿 (和暦) 年 月 日 〒000-0000 住所 東京都〇〇区△△ 33-505 被保険者の氏名 健康 花子						

資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合の記入は必要ありません
あなた
現在健康
電話 (健康保険)
1年以上被保険者であった方が、資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、1児につき42万円の給付があります。 ただし、付加給付はありません。産科医療補償制度の対象でない場合は40万4000円です。  資格喪失後の出産育児一時金については、カシオ健保で給付を受けるか、現在加入している健康保険で
カシオ健康保険組合に上記情報を提供することに同意いたします (和暦) 年
<b>この枠にご記入の方は押印が必要です。</b>

が医師 証明・助 産師又は 市区町村 長	出産年月日 (和暦) 年 月 日 出生 直接支払制度を利用しなかった場合は(出産費用全額自己負担した) 医師・助産師または市区町村長の出生証明を、この請求書に直接もらってください (出生証明のコピー不可) 下記の書類 ①と② を申請書に添付してください	生産・死産の別 生産・死産 (妊娠第 週 日)
出生届出日 (和暦) 年 月 日 出生年月日 (和暦) 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明する。 (和暦) 年 月 日 区市町村長名	<b>市区町村の押印は必要です。</b>	印

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要となし受取できない場合があります。 この届出については①または②の要件をみたしたものである <input checked="" type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合
-----	--

<添付書類>  
 ① 医療機関との『合意文書』の写し  
 直接支払制度を利用しない旨、申請先がカシオ健康保険組合  
 (申請書に「直接支払制度を利用しない旨」を記載したものを)  
 ② 『出産費用細書または  
 産科医療補償制度の対象であることを証明する文言記載または  
 スタンプが押された領収書』  
**確認して✓記入。**

※出産育児一時金請求により取得した個人情報は、利用目的を特定しており、目的の範囲を超えての利用は致しません。

同 年 月 日	(和暦)	年 月 日
支 給 額		円
支給 内訳	出産育児一時金	円
	出産育児一時金付加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	
資格取得日	(和暦)	年 月 日	
資格喪失日	(和暦)	年 月 日	

【直接支払制度を利用しない場合】

## 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書（出産費用全額自己負担）

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	事業所名
被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 の 生 年 月 日		(和暦) 年 月 日
出 産 年 月 日	(和暦) 年 月 日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 週)
出 産 し た 場 所	医 療 施 設 等 の 名 称		
	医 療 施 設 等 の 所 在 地		
被 扶 養 者 (家 族) が 出 産 し た 場 合	氏 名	被 扶 養 者 の 生 年 月 日	(和暦) 年 月 日
振 込 希 望 の 銀 行 (退 職 者 の み 記 入)	銀 行 支 店 (普 通 当 座)		
備 考	※ 任 意 継 続 の 方 は 記 入 不 要 (任 継 資 格 取 得 申 請 書 に 記 入 し た 口 座 に 振 込 し ます)		
カシオ健康保険組合理事長 殿 (和暦) 年 月 日 丁 被 保 険 者 の 住 所 氏 名			

<b>被扶養者が扶養認定後、6ヶ月以内に出産した場合は記入が必要です</b>			
家族(妻・子)が以前加入していた健康保険について記入してください。(出産育児一時金の重複申請確認のため)			
以前加入していた健康保険名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険	保 險 証 記 号	番 号
電 話 番 号 (健康保険)	資 格 喪 失 年 月 日	(和暦)	年 月 日
カシオ健康保険組合に上記情報を提供することに同意いたします。 (和暦) 年 月 日 出 産 者 氏 名 印			

が 医 師 明 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長	出 産 年 月 日	(和暦) 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 週 日)
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )		
	上 記 の と お り 相 違 い な い こ と を 証 明 す る。 令 和 年 月 日 医 療 施 設 の 名 称 ・ 所 在 地 医 師 ・ 助 産 師 名			
	本 籍	筆 頭 者 氏 名		
	出 生 届 出 日	(和暦) 年 月 日	出 生 年 月 日	(和暦) 年 月 日
上 記 の と お り 相 違 い な い こ と を 証 明 す る。 (和暦) 年 月 日 区 市 町 村 長 名 印				

### < 添付書類 >

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

- ① 医療機関との『合意文書』の写し  
直接支払制度を利用しない旨、申請先がカシオ健康保険組合ある旨を記載したもの
- ② 医療機関から交付された『出産費用細書または領収書』の写し  
産科医療補償制度の対象であることを証明する文言記載かスタンプが押された領収書

同 年 月 日	(和暦) 年 月 日	支給支払決議書
		当 務 理 事 専 務 員 担 当 者
<b>記入例 ●被保険者の扶養家族が直接支払制度を利用せずに出産した場合(全額自己負担) ⇒「出産育児一時金・付加金支給申請書」にて出産育児一時金全額を申請する</b>		
【直接支払制度を利用しない場合】		資格取得日 (和暦) 年 月 日
		資格喪失日 (和暦) 年 月 日

### 家 族 出 産 育 児 一 時 金 ・ 付 加 金 支 給 申 請 書 ( 出 産 費 用 全 額 自 己 負 担 )

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号	1101	番 号	99999	事業所名	カシオ計算機
被 保 険 者 氏 名	健保 太郎			被 保 険 者 の 生 年 月 日	(和暦) 平成 1 年 3 月 5 日	
出 産 年 月 日	(和暦) 令和 6 年 5 月 1 日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 週)			
出 産 し た 場 所	医 療 施 設 等 の 名 称	<input type="checkbox"/> 産婦人科				
	医 療 施 設 等 の 所 在 地	東京都〇〇市〇〇町 5-55-30				
被 扶 養 者 (家 族) が 出 産 し た 場 合	氏 名	健保 洋子	被 扶 養 者 の 生 年 月 日	(和暦) 平成 1 年 7 月 7 日		
振 込 希 望 の 銀 行 (退 職 者 の み 記 入)	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>在職中の方は事業主を通して支給いたしますので記入不要です</b> </div>					
備 考	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>押印は不要ですが自署でお願い致します。</b> </div>					
カシオ健康保険組合理事長 殿 (和暦) 年 月 日	〒000-0000			東京都〇〇市〇〇町 1-1		
	被 保 険 者 の 住 所 氏 名	健保 太郎				

被 扶 養 者 (家 族) 以 前 加 入 した 健 康 保 険 組 合	<div style="border: 1px solid blue; padding: 10px; display: inline-block;"> <b>扶養認定から6ヶ月以内の出産については、カシオ健保で給付を受けるか(付加給付3万円支給)、以前加入していた健康保険で給付を受けるか、どちらかを選択していただくことになります(重複しては支給されません)</b> </div>					
電 話 番 号 (健 康 保 険)	資 格 喪 失 年 月 日 (和 暦)		年 月 日			
カシオ健康保険組合に上記情報を提供することに同意いたします。						
(和暦) 年						<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>この枠にご記入の方は押印が必要です。</b> </div>

が 医 師 明 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長	出 産 年 月 日 (和 暦)	年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 週 日)		
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )				
	本 籍	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>直接支払制度を利用しなかった場合は(出産費用全額自己負担した) 医師・助産師または市区町村長の出生証明を、この請求書に直接もってください(出生証明のコピー不可) 下記の書類 ①と② を申請書に添付してください</b> </div>				
	出 生 届 出 日	年 月 日				
上記のとおり相違ないことを証明する。(和暦) 年 月 日						
区 市 町 村 長 名						<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>市区町村の押印は必要です。</b> </div>

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

① 医療機関との『合意文書』の写し  
 直接支払制度を利用しない旨、申請先がカシオ健康保険組合  
 産科医療補償制度の対象であることを証明する文言記載かスタンプ  
 が押された領収書

確認して✓記入。『 出産費明細書または