

支給決定日 月 日	出産育児一時金 円	常務理事	事務長	担当者

上記は健保使用欄の為、記入しないで下さい。

被保険者
家 族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号			事 業 所 の 名 称							
	被保険者の氏名										
	被 保 険 者 の 生 年 月 日	平・令	年	月	日	被 保 険 者 の 資 格 取 得 年 月 日	昭・平	年	月	日	
	分 娩 年 月 日	令和	年	月	日	被 保 険 者 の 資 格 喪 失 年 月 日	令和	年	月	日	
	分 娩 し た 場 所	医療施設等 の 名 称									
		医療施設等 の 所 在 地									
	被扶養者の分娩である時 はその氏名、生年月日							昭・平	年	月	日
	出 生 児 の 氏 名				出生児が被扶養者かどう か	被扶養者で ある ない					
	被 保 険 者 と 出 生 児 の 続 柄				出生児が被扶養者でない ときは、その理由						
	払 渡 希 望 の 銀 行 (退 職 者 の 場 合)	銀行			支店 (普 通 当 座 第 号)						
備 考				フリガナ 名 儀							

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

町 村 長 が 証 明 す る 欄	分 娩 年 月 日	令和	年	月	日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			入 院 費 用 の 区 別	自 費 ・ 健 保 ・ その他	
	上記のとおり相違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 又は市区町村長名 電話番号 ㊟						

添付書類：①医療施設と交わした合意文書のコピー
②出産費用に関する領収・明細書のコピー
(「産科医療補償制度」加入の所定の印がないと、42万円支給の対象にはなりません)
※退職後6ヶ月以内の分娩の方は「被保険者出産育児一時金選択届」も必要です。

上記のとおり請求します。
令和 年 月 日

干

クラシエ健康保険組合 御中

被保険者 住 所

氏 名

電話番号