

被保険者（本人）が出産する場合

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

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	1 0 1 0 - 2 3 2 3 2 3	事 業 所 の 名 称	クラシエ株式会社		
	被保険者の氏名	城見 京子				
	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 平成 6 0 年 2 月 1 4 日	被 保 険 者 の 資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 1 8 年 4 月 1 日		
	分 娩 年 月 日	平成 2 8 年 1 1 月 2 0 日	被 保 険 者 の 資 格 喪 失 年 月 日	平成 年 月 日		
	分 娩 し た 場 所	医療施設等 の 名 称	××市立総合医療センター			
		医療施設等 の 所 在 地	××市△△区健保町 1 - 2 - 3			
	被扶養者の分娩である時 はその氏名、生年月日				昭和 平成 年 月 日	
	出生児の氏名	城見 阪人	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	長男	出生児が被扶養者で ないときは、その理由	夫の被扶養者となる為		
	払渡希望の銀行 (退職者の場合)	銀行 支店 (普通 第 号)				
備 考			フリガナ 名 儀			

町 村 長 が 証 明 す る 欄	分 娩 年 月 日	平成 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。 平成 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 印				

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。
平成 2 8 年 1 2 月 5 日
クラシエ健康保険組合 御中

〒540-0001
被保険者 住 所 大阪市中央区城見〇-△-1
氏 名 城 見 京 子 印
電話番号 06-9898-7676