

支給決定 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	2 2 2 2 - 0 0 0 0 0 1	事 業 所 の 名 称	クラシエ株式会社		
	被保険者の氏名	京橋 一郎				
	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 平成 5 5 年 7 月 3 0 日	被 保 険 者 の 資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 1 3 年 4 月 1 日		
	分 娩 年 月 日	平成 2 8 年 1 2 月 1 6 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	〇〇マタニティクリニック			
		医療施設等 の 所 在 地	××市△△区組合町5-4-3			
	被扶養者の分娩である時 はその氏名、生年月日	京橋 二美	昭和 平成 5 9 年 3 月 3 日			
	出生児の氏名	京橋 三郎	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	三男	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 第 号)			
備 考			フリガナ 名 儀			

町 医 師 、 助 産 師 又 は 市 区 医 生 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 2 0 日
クラシエ健康保険組合 御中
被保険者 住 所 〒111-2233
氏 名 ××市△△区健保町〇-△-1
京 橋 一 郎 印
電話番号 09-8765-4321