

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	1010-232323	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 60年 2月 14日	被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成 18年 4月 1日	
	分娩年月日	平成 28年 11月 20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 当座 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			

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 28年 12月 5日

クラシエ健康保険組合 御中

被保険者 住 所 〒540-0001 大阪市中央区城見〇-△-1

氏 名 城 見 京 子

電話番号 06-9898-7676



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	2222-000001	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 55年 7月 30日	被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成 13年 4月 1日	
	分娩年月日	平成 28年 12月 16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 59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 当座 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			

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 28年 12月 20日

クラシエ健康保険組合 御中

被保険者 住 所 〒111-2233
××市△△区健保町〇-△-1

氏 名 京 橋 一 郎

電話番号 09-8765-4321

