

支給決定日 月 日	直接払分 円	被保険者 差額 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 (差額申請用)

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	昭・平 年 月 日
被保険者の 資格取得年月日	平・令 年 月 日	被保険者の 資格喪失年月日	令和 年 月 日
被扶養者の分娩である時 はその氏名		被扶養者の 生年月日	昭・平 年 月 日
分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産 人・死産 人 (妊娠 第 月又は第 週)
分娩した場所	医療施設等 の名称		
	医療施設等 の所在地		
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 ない時は、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 義	

※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。)

- 添付書類：①医療施設等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

クラシエ健康保険組合 御中

〒

被保険者 住 所

氏 名

電話番号