

被扶養者（家族）が出産する場合

支給決定 月日	直接払分 円	被保険者 差額 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（差額申請用）

被保険者証 記号・番号	1 1 1 1－2 2 3 3 4 4		事業所の名称	クラシエ〇〇(株)	
被保険者の氏名	健康 良男		被保険者の 生年月日	昭和 平成	6 0 年 9 月 4 日
被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成	2 0 年 3 月 2 1 日	被保険者の 資格喪失年月日	平成	年 月 日
被扶養者の分娩である時 はその氏名	健康 優子		被扶養者の 生年月日	昭和 平成	6 2 年 1 0 月 1 0 日
分 娩 年 月 日	平成	2 8 年 1 2 月 1 日	生産・死産の別	生産 (妊娠 第 月又は第 3 9 週)	1 人・死産 人
分娩した場所	医療施設等 の名称	△△クリニック			
	医療施設等 の所在地	大阪市北区天満橋△丁目×－〇			
出生児の氏名	健康 恵		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	二女		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		

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。

平成 2 8 年 1 2 月 1 6 日

クラシエ健康保険組合 御中

〒 5 5 5－5 7 8 9

被保険者 住 所 大阪市都島区友渕町〇丁目△－×

氏 名 健 康 良 男



電話番号 0 6－0 0 0 0－1 2 3 4