

被保険者・家族出産育児一時金支給選択届

継続して1年以上健康保険の被保険者であった者が、会社を退社してから6ヶ月以内に分娩した時は、被保険者としての出産育児一時金が支給されます。

但し、退社後に他の健康保険や、共済組合等の被保険者、又は被扶養者となり分娩した場合には、被保険者としての出産育児一時金か、ご主人に対する家族出産育児一時金の何れかを選択し請求する事になります。

健康保険では一つの分娩に対し重複して保険給付は行われなくなっておりますので、正しい給付を行う為請求者が支給の選択をし、提出いただくものです。

1. クラシエ健康保険組合に対する家族出産育児一時金を選択
2. クラシエ健康保険組合の被保険者出産育児一時金を選択

- ↳ ① 国民健康保険の被保険者若しくは被扶養者の方
② ①以外の方

現在加入の 健康保険	被 保 険 者 名		事業所名又は 市区町村名	
	記 号 ・ 番 号	—	事業所又は、市 区町村の所在地	
退社時の 健康保険	被 保 険 者 名		事 業 所 名	
	記 号 ・ 番 号	—	事業所の所在地	
	出生児の氏名		分 娩 年 月 日	令和 年 月 日
<p>被保険者 上記の分娩に関し、 家 族 出産育児一時金の支給を受けることを選択します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>クラシエ健康保険組合 殿</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名 _____</p>				
<p>クラシエ健康保険組合 殿</p> <p style="margin-top: 20px;">出 産 育 児 一 時 金 不 支 給 証 明 書</p> <p>上記の分娩に関し、出産育児一時金を支給していないことを証明致します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険者所在地 (市区町村) _____</p> <p style="text-align: center;">保 険 者 名 _____ (市区町村长) 印</p>				

[記入上の注意事項]

- ◎ 1 を選択の場合、妻が被保険者であった保険者から「被保険者出産育児一時金」が支給されていない旨の証明を受けて下さい。
- ◎ 2 を選択の場合、夫の保険者から「家族出産育児一時金」が支給されていない旨の証明を受けてください。

いずれを選択した場合でも、この届はクラシエ健康保険組合にご提出下さい。