

健 保 処 理 欄	支給決定並びに支出伺				年	月	日
	支給額	出産育児一時金	円	決 裁	常務理事	事務長	担当者
		家族出産育児一時金	円				
	資格取得日	年	月	日	資格喪失日	年	月
被扶養者認定日	年	月	日				

被保険者
家 族

出産育児一時金支給申請書

※ 和暦でご記入ください

① 被保険者等 記号・番号				②事業所			
③ 出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者）						
④ 被保険者の	氏名		生年月日		年	月	日
⑤ 家族が出産した ときはその者の	氏名		生年月日		年	月	日
⑥ 出生児の	氏名		生年月日		年	月	日
⑦ 生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在						
⑧ 「生産」の場合 出生人数	人	⑨ 「死産」の場合 死産児数	人	⑩ 「死産」の場合 妊娠経過期間	満	週	
⑪ 出産した 医療機関等	名 称						
	所在地						
⑫ 振込希望の銀行	銀行			支店（普）口座No.			
上記の通り申請します。							
⑬	年	月	日	申請者	住所	〒 ー	
				氏名			
クラレ健康保険組合理事長 殿				電話			
⑭ 確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人（被保険者）が作成したものです。						

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	出産者氏名			出産年月日	年	月	日			
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多児（ 児）	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産（満	週）			
	上記のとおり相違ないことを証明する。							年	月	日
	医療施設の所在地									
	医療施設の名称							⑮		
	医師・助産師の氏名									
	本籍				筆頭者氏名					
母の氏名			出生児氏名	出生年月日	年	月	日			
上記のとおり相違ないことを証明する。							年	月	日	
市区町村長名							⑯			