

健 保 处 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	日
被扶養者認定日	年	月	日					

被保険者  
家 族  
出産育児一時金内払金依頼書

※ 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 出産した年月日	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	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。						

- この内払金依頼書は、被保険者、又は家族の分娩に関し、直接支払制度により、健保組合が直接分娩機関に支払う出産育児一時金の限度額より下回った場合に、その下回った金額を被保険者に支払うものです。
- この内払金依頼書には、医療機関との間で直接支払制度を利用した際の「合意文書」（写）と、出産後、医療機関から交付された費用の内訳を記した「領収・明細書」（写）を添付してください。
- 出産費貸付制度を利用したものは、この対象となりません。