

出産育児一時金請求書

■1ページ目：記入例

※記入の際に参照ください

■2ページ目：原版

※A4サイズでプリントアウトしてください

記入上のご注意

1. 記入した内容(記号・番号、生年月日、など)が正しいか確認してください。
2. 記入モレ・押印忘れが無いか確認してください。

お問い合わせ先 ・ 提出先

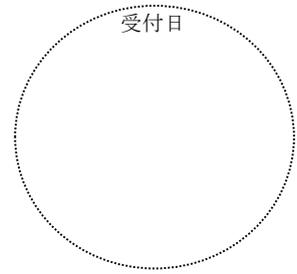
各事業所(会社)の申請窓口へご連絡ください。

各事業所(会社)の申請窓口は、

ワールド健康保険組合ホームページ→「届出・申請について」→「会社別届出一覧表」にてご確認いただけます。

支給決定伺

| | | | | |
|---|-----|----|---|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 | 支給決定額 |
| | | | | 円 |
| <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">記入例</div> | | | | 未加入 |
| 支給決定日 | 年 | 月 | 日 | |



被保険者 家族 出産育児一時金請求書

本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します

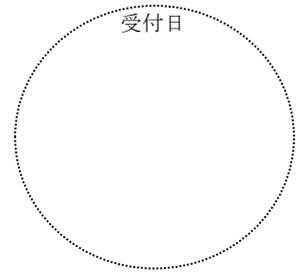
| | | | | | | | | |
|--------------|-------------------------------|---|---------|------------------------------|--------------------|------------------|--------------|--|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号番号 | 98 | 765 | 被保険者の氏名と印 | | 健保 令子 印 | | |
| | 事業所名称 | (株)◇◇◇◇◇ | | 資格取得日 | 昭・平 令 28年 3月 3日 | 資格喪失日 | 平・令 年 月 日 | |
| | 被保険者住所電話番号 | 〒650-0000 神戸市〇〇区△△町8丁目9-1 TEL 090-1234-5678 | | | | 被保険者の標準報酬月額 | 千円 | |
| | 出産年月日 | 令和 元 年 6月 20日 | | | 死亡のときはその旨 | | | |
| | 出産した場所 | 医療施設等の名称 | | △△産婦人科医院 | | | | |
| | | 医療施設等の所在地 | | 〒650-0000 神戸市〇〇区△△町1丁目1-1 | | | | |
| | 被扶養者の出産であるとき | 被扶養者の氏名 | | | | 被扶養者の生年月日 | 令和 年 月 日 | |
| | 出生児の氏名 | 健保 二郎 | | | 被保険者と出生児の続柄 | 二男 | | |
| | 出生児が被扶養者かどうか | ある ・ ない | | | 出生児が被扶養者でないときはその理由 | | | |
| | 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の | 記号番号 | | | | 保険者名 (健保組合名・国保名) | | |
| 被保険者氏名 | | | | | 保険者所在地 | | | |
| | | | 保険者電話番号 | | | | | |
| 振込先 | 銀行名 | △△銀行 | | 口座番号 (普・他) | 9999999 | | | |
| | 支店名 | 〇〇支店 | | 口座名義 (カタカナ) | ケンポ レイコ | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|-----------|-------------------|----------|---|-----|
| 医師・助産師又は市区町村長が証明するところ | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | 生産または死産の別 | 生産・死産 (妊娠 ヶ月又は 週) | | | |
| | 出生児の数 | 単胎 ・ 多胎 (児) | | 備考 | | | |
| | 上記の | 医師・助産師又は市区町村長の証明をもらってください | | | | | 月 日 |
| | 医師・助産師名 | | | | | | 印 |
| | 筆頭者氏名 | | | | 出生児氏名 | | |
| | 出生届出日 | 令和 年 月 日 | 出生年月日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | 令和 年 月 日 | | |
| 市区町村長名 | | | | | | 印 | |

| | | | | | | | |
|---------|--------------------------|-----|--|-------------|------------|--|----------|
| 受取代理人の欄 | 本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 | | | | | | 令和 年 月 日 |
| | 被保険者 住所 (請求者) 氏名 | | | | | | 印 |
| | 代理人の住所 | 〒 | | | | | |
| | 代理人の氏名 | | | | | | 印 |
| | 振込先 | 銀行名 | | | 口座番号 (普・他) | | |
| 支店名 | | | | 口座名義 (カタカナ) | | | |

支給決定伺

| | | | | | | | |
|-------|-----|----|---|-------|--------|----------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 | 支給決定額 | | | |
| | | | | ¥ | | | 円 |
| 支給決定日 | | 年 | 月 | 日 | 産科医療補償 | 加入 ・ 未加入 | |



被保険者
家族 **出産育児一時金請求書**

本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します

| | | | | | | | |
|--|---|-------------|-------------|------------------------|-----------------|---------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号番号 | | 被保険者の氏名と印 | | 印 | | |
| | 事業所名称 | | 資格 取得日 | 昭・平・令 年 月 日 | 資格 喪失日 | 平・令 年 月 日 | |
| | 被保険者住所 電話番号 | 〒 | | | 被保険者の 標準報酬月額 | 千円 | |
| | 出生年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 死亡のとき はその旨 | |
| | 出産した場所 | 医療施設等の名称 | | | | | |
| | | 医療施設等の所在地 | | 〒 | | | |
| | 被扶養者の出 産であるとき | 被扶養者 の氏名 | | 被扶養者の 生年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 出生児の氏名 | | | 被保険者と 出生児の続柄 | | | |
| | 出生児が被扶 養者かどうか | ある ・ ない | | 出生児が被扶養者で ないときはその理由 | | | |
| | 資格喪失後、 家族の被扶養 者となったと きは、その被 保険者証の | 記号番号 | | 保険者名 (健保組合名・国保名) | | | |
| | | 被保険者 氏名 | | 保険者所在地 | | 〒 | |
| | | | | 保険者電話番号 | | | |
| 振 込 先 | 銀行名 | | 口座番号 (普・他) | | | | |
| | 支店名 | | 口座名義 (カタカナ) | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------|---|-------|---|---------------|-------------------|-------|
| 医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ | 出生年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 生産または 死産の別 | 生産・死産 (妊娠 ヶ月又は 週) | |
| | 出生児の数 | 単胎 ・ 多胎 (児) | | 備 考 | | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | 令和 | 年 月 日 |
| | 医療施設の名称・所在地 〒 | | | | | | | |
| | 医師・助産師名 | | | | | | 印 | |
| | 筆頭者氏名 | | | 出生児氏名 | | | | |
| | 出生届出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 出生年月日 | 令和 | 年 月 日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | 令和 | 年 月 日 | |
| 市区町村長名 | | | | | | 印 | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----|-------------|------------|--|--|----|-------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 | | | | | | 令和 | 年 月 日 |
| | 被保険者 住所 (請求者) 氏名 | | | | | | 印 | |
| | 代理人の住所 | 〒 | | | | | | |
| | 代理人の氏名 | | | | | | | 印 |
| | 振 込 先 | 銀行名 | | 口座番号 (普・他) | | | | |
| 支店名 | | | 口座名義 (カタカナ) | | | | | |