

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

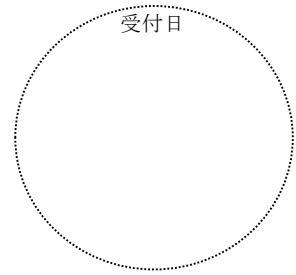
各事業所(会社)の申請窓口へご連絡ください。

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

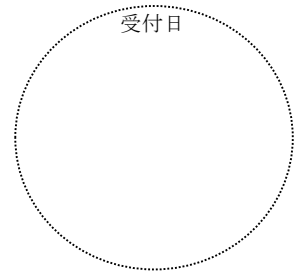
被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	98	765	被保険者の氏名と印		健保 令子 印		
	事業所名称	(株)◇◇◇◇◇		資格取得日	昭・平 令 28年 3月 3日	資格喪失日	平・令 年 月 日	
	被保険者住所電話番号	〒650-0000 神戸市〇〇区△△町8丁目9-1 TEL 090-1234-5678				被保険者の標準報酬月額 千円		
	出産年月日	令和 元 年 6月 20日			死亡のときはその旨			
	出産した場所	医療施設等の名称		△△産婦人科医院				
		医療施設等の所在地		〒650-0000 神戸市〇〇区△△町1丁目1-1				
	被扶養者の出産であるとき	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)				