

受取代理制度を利用される場合

受取代理制度対応の医療機関専用

健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当

被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書(受取代理用)

川崎重工業健康保険組合理事長 殿

※字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句と被保険者氏名(サイン)を記入してください。(訂正印でも可)

※消すことのできない黒色のボールペン等を使用し、楷書で丁寧に枠内に記入してください。

※枝番の記入は不要です。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名 (必ず自署)	請求日	令和	年	月	日	
	被保険者 住所等	(電話番号)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	被扶養者が 出産の場合	被扶養者 氏名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
	出産予定医 療機関等の 所在地	名称	出産予定 日・数	令和	年	月	日	単・多(胎)		
	上記のとおり請求し、直接支払制度は利用しません。下記医療機関等を受取代理人と定め、次の権限を委任します。 ・出産育児一時金のうち、下記医療機関等が委任者に対して出産に関し請求する費用の額の受領に関すること 令和 年 月 日									
	被保険者 住所	被保険者氏名 (必ず自署)								
	医療機関等からの請求額が、所定額より少ない場合のみ支給します。									
	委任欄	在籍者のみ記入(「任意継続被保険者」、「退職者」は記入不要) この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 (事業主が記入)								
	差額 支払 方法	被保険者氏名 (必ず自署)	事業主 氏名	住所 名称 氏名						
	(事業主経由で支払いができない場合に備え、下欄の振込口座も必ず記入してください。(ゆうちょ銀行を除く被保険者名義の口座のみ))									
振込口座 (ゆうちょ 銀行を除 く)	※任意継続被保険者以外は必ず記入してください(被保険者名義の口座のみ)									
	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号 (右詰めで記入)						
	<input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座	名義 (カタカナ)						
	<input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 出張所								
	<input type="checkbox"/> その他()									
※出産予定者が、出産予定日の6カ月以内に他の健保組合の被保険者であった場合は、まず当組合へ連絡してください。 (注意)裏面の注意事項等を読んで、記入もれ・添付もれのないようにしてください。										

受 取 代 理 人 記 入 欄	上記出産予定者(令和 年 月 日出産予定)の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 電話番号 - -									
	受取代理人の 指定金融機関	振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td><td><input type="/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input 5"="" type="checkbox/>()</td><td colspan="/>						
	口座番号					名義	カタカナで記入			

組 合 決 定 欄	資格喪失 のとき	資格取得日	支給決定金額	支給決定日
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	円	令和 年 月 日
	資格喪失日	令和 年 月 日	出産予定者の認定年月日	支給日
備考		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	令和 年 月 日

《 注 意 事 項 》

【被保険者のみなさまへ】

1. この請求書による事前申請の対象となる被保険者・被扶養者は、産前で出産予定日まで2ヵ月以内の方となっています。
2. この請求書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と当組合の間において、請求書の受付の有無、出産に関する証明及び出産費用に関する個人情報を含む各種情報の提供を行いますので、あらかじめご了承ください。
3. 請求書を提出後に他の医療機関に転院して出産する場合には、「出産育児一時金等取下書」などを提出してください。
4. 出産予定者が「1年以上他の保険者(健康保険組合・協会けんぽ・船員保険)の被保険者」かつ「出産予定日とその資格を喪失してから6ヵ月以内」である場合、当組合(給付課)までご連絡ください。(電話番号 078-360-8616)
5. (必ず自署)と記載されている項目については、必ず被保険者ご自身で記入をしてください。
6. 字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句と被保険者氏名(サイン)を記入してください。

【医療機関等のみなさまへ】

1. この請求書を受け付けた時は、「受取代理人記入欄」に所在地・名称・医師・助産師の氏名、振込先等をご記入ください。
2. 出産後は速やかに、出産費用請求報告書と出産費請求書・出産証明書類の写しを当組合へご送付ください。なお、産科医療補償制度対象分娩の場合は、請求書の写しに「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言を印字やスタンプ等により明記してください。
3. 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

【被保険者および医療機関等のみなさまへ】

1. 給付額は、産科医療補償制度対象分娩のときは50万円、それ以外は48万8千円(令和4年3月31日以前に出生した場合、産科医療補償制度対象分娩のときは42万円、それ以外は40万8千円)です。
2. この請求書による出産育児一時金の支払いは、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が1.の給付額以上である場合
出産育児一時金の全額を受取代理人である医療機関等へお支払いします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が1.の給付額未満である場合
請求額として記載されている額を受取代理人である医療機関等へお支払いし、その請求額と1.の給付額との差額については、被保険者に支給します。

《 差 額 支 払 方 法 》

1. 在籍者の方は、事業主経由で支払いますので必ず委任欄に被保険者氏名を自署してください。事業主経由で支払ができない場合に備え、振込口座(ゆうちょ銀行を除く被保険者名義の口座のみ)を記入してください。記入がない場合は支払が遅れる可能性があります。
2. 退職された方は、被保険者記入欄の「振込口座」に振込ますので、必ず記入してください。任意継続保険に加入された方には、加入時に指定された口座に振込みます。