

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	リーダー	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)  
 ※枝番の記入は不要です。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 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。					
	「川崎重工業(801)」、「川崎車両(802)」、「カワサキモータース(803)」、「任意継続(901)」 <b>以外の事業所の方は、</b> 下記を記入し、事業所に提出してください。 ※( )内の数字は被保険者証の記号					
	この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。					
	被保険者氏名 (必ず自署)		事業主 住所 名称 氏名			
差 額 支 払 方 法 等	・被保険者の方で、退職後に出産された 場合、右記振込先を記入してください。 (ゆうちょ銀行以外を指定してください)		振 込 先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;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		
口座番号		名義			カタカナで記入	
※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/&gt;( )&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;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 4"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;口座番号&lt;/td&gt; &lt;td colspan="/> 名義	カタカナで記入

組 合 決 定 欄	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	出産予定者の認定年月日	支給日
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	令和 年 月 日
備考			