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 X X X 番号 X X X X X X	被保険者氏名（必ず自署）	川崎 太郎	請求日	令和 XX年XX月XX日		
被保険者住所等	〒XXX－XXXX ○○市 ○○町 1－2－3川崎XXXX（電話番号） 0XX － XXX			月日	☑平成 XX 年 XX 月 XX 日		
被扶養者が出産の場合 →	被扶養者氏名	川崎 花子	続柄	妻	生年月日	☐昭和 ☑平成 XX 年 XX 月 XX 日	
出産予定医療機関等の	所在地 △△市 △△町 1－1－1 名称 ○○○○産婦人科			出産予定日・数	令和XX 年XX 月XX 日 （単）・多（　　胎）		

字句の訂正方法

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 XX 年 XX 月 XX 日

被保険者住所　○○市 ○○町 1－2－3　　被保険者氏名（必ず自署）　川崎 太郎

差額支払方法

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。

被保険者氏名（必ず自署）　川崎 太郎　　事業主　住所 名称 氏名　（事業主が記入）

（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）

XXXX　☐銀行 ☐信金　XXXX　☐本店 ☐支店 ☐出張所　☑普通 ☐当座

任意継続被保険者以外は必ず記入

口座番号（右詰めで記入）	0	1	2	3	4	5	6
名義（カタカナ）	カワサキ タロウ						

※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

必ず代理人（医療機関）に
記入してもらってください

受取代理人の指定金融機関	振込先	☐銀行 ☐信金 ☐信用金庫 ☐（　　）	☐本店 ☐支店 ☐出張所	☐普通 ☐当座 ☐（　　）
	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	
	☐平成 ☐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	☐平成 ☐令和　年　月　日	令和　年　月　日	
備考				