

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。

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|----------------------|-------------|---|--------------|
| 被保険者証 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 | 〇〇市 〇〇町 1-2- 3 川崎 | (電話番号) 0XX-XXX | 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 |
| 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 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 〇〇〇〇産婦人科 | 出産予定 日・数 | 令和XX年XX月XX日 | 単・多 (胎) | 〇 |
| 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 | 〇〇市 〇〇町 1-2-3 | 被保険者氏名 (必ず自署) | 川崎 太郎 | | | | |
| 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)」以外の事業所の方は、 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 | | | | | | |
| 委任欄 | この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 | | | | | | |
| 差額支払方法等 | 被保険者氏名 (必ず自署) | 川崎 太郎 | 事業主 住所 名称 氏名 | | | | |
| 当組合の被保険者であった方が退職後に出産された場合(任意継続保険加入者は不要) | XXXX | <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td>XXXX</td> <td><input type="/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | カタカナで記入 〇〇〇〇 〇〇〇〇 | | | |
| ※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 | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input 2"="" type="checkbox/>()</td> </tr> <tr> <td>受取代理人の 指定金融機関</td> <td>口座番号</td> <td>名義</td> <td colspan="/> 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 |
| | | 〇平成 〇令和 | 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 | | | | |