

直接支払制度・受取代理制度を利用されない場合

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(全額請求用)

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		
	出産年月日	令和	年	月	日	出産児数	死産のときはその旨	死産(妊娠	カ月)	
	出生児の 氏名	フリガナ	被保険者と 出生児との 続柄	出生した 医療機関 等の名称						
	委任欄	「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 この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。								
	支払方法等	被保険者氏名 (必ず自署)	事業主	住所 名称 氏名						
	振込先	・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)	<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						
	※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。									

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	出産年月日	令和	年	月	日	出産児数	単胎・多胎()児	生産・死産の 別	生産・死産(妊娠	カ月)
	上記のとおり相違ありません。									
	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	-	-

市 区 町 村 長 証 明 欄	本籍							筆頭者 の氏名							
	出生届出日	令和	年	月	日	出生年月日	令和	年	月	日	出生児 の氏名				
	上記のとおり相違ないことを証明します。														
令和											年	月	日	市区町村長名	(印)

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	出生者の認定年月日	支給日								
	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	令和	年	月
備考											

《 注 意 事 項 》

[被保険者のみなさまへ]

1. 本請求書は、直接支払制度や受取代理制度の利用を希望されない方、または海外で出産されて利用できない方が、出産育児一時金の「全額」を当組合へ請求されるためのものです。
2. 給付額は、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(令和3年12月31日以前に出生した場合は40万4千円)です。
3. 病院等が発行する領収・明細書と「直接支払制度を利用しない」旨を明記した合意文書を添付してください。なお、産科医療補償制度対象分娩のときは、領収・明細書に「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もらってください。(令和3年12月31日以前に出生した場合で、産科医療補償制度対象分娩のときは、領収・明細書に制度加入を示すスタンプを必ず押してもらってください。)
4. 生産の場合は、証明欄に「医師、助産師の証明」または「市区町村長の証明」のいずれかを受けてください。
5. 死産の場合は、医師から証明をうけ、妊娠何ヵ月目の死産であるかを()内に記入してもらってください。
6. (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。
7. 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。
8. 出産者が「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)

[医療機関のみなさまへ]

1. 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。

《 支 払 方 法 》

1. 川崎重工業、川崎車両、カワサキモータースの被保険者の方には、給与口座に振込みます。また、任意継続被保険者の方には、加入時に指定された口座に振込みます。
2. 前項以外の事業所の被保険者の方には、事業主(代理人)を経由して支給しますので、委任欄に被保険者氏名を自署のうえ、事業所に提出してください。