

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	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 1-2-4			川崎	字句の訂正方法	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 XX年XX月XX日
	出産年月日	令和 XX年XX月XX日		出産児数	1	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	カワサキ ジロウ		被保険者と 出生児との 続柄	子	出産した 医療機関 等の名称	○○産婦人科
	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)	川崎 太郎		事業主	住所 名称 氏名		
		・被保険者の方で、退職後に出産された		XXXX	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()	XXXX	<input type="checkbox"/> 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
		口座番号	0 1 2 3 4 5 6	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。						

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					

いずれかの証明をもらってください

市 区 町 村 長 証 明 欄	本籍					
	出生届出日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日	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					

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 年 月 日	円	令和 年 月 日
	備考	資格喪失日	出産者の認定年月日	支給日
		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	令和 年 月 日