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	主事	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）
※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）
出産した医療機関等の	名称 ○○○○産婦人科	所在地	△△市△△町１－１－１		

字句の訂正方法

支払方法

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 ☑普通 ☐出張所 ☐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。

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
	☐平成 ☐令和 年 月 日	円	令和 年 月 日
	資格喪失日	出産者の認定年月日	支給日
	令和 年 月 日	☐昭和 ☐平成 年 月 日	令和 年 月 日
備考			

川崎重工業健康保険組合

2024.12