

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

請求日 平成 年 月 日

被保険者記入欄	被保険者証の記号番号	-				被保険者の氏名	⑩		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	事業所	<input type="checkbox"/> 川崎重工業 工場 <input type="checkbox"/> ( )				自宅の住所等	(Tel) - -			
	被扶養者が出産の場合	→	被扶養者の氏名			続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	出産年月日	平成 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			出産した医療機関等の名称		
	支払方法等	「川崎重工業、任意継続」以外の事業所の方は、下記を記入し、事業主欄に記入・押印してもらってください。								
		委任欄	この給付金の受領に関する権限を事業主(代理人)に委任します。 被保険者 氏名 ⑩ 事業主(代理人) 氏名 住所名称 氏名 ⑩							
	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)				銀行 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		
	※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	平成 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。									
	平成 年 月 日		医療機関の所在地		医療機関名		⑩		医師・助産師名	
(Tel) - -										

市区町村長証明欄	本籍						筆頭者の氏名			
	出生届出日	平成 年 月 日		出生年月日	平成 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。 平成 年 月 日 市区町村長名 ⑩									

組合決定欄	資格喪失のとき	資格取得日	平成 年 月 日		支給決定金額	円		支給決定日	平成 年 月 日		
		資格喪失日	平成 年 月 日		出産者の認定年月日	平成 年 月 日		支払日	平成 年 月 日		
	備考										

## 《 注 意 事 項 》

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・明細書に制度加入を示すスタンプを必ず押してもらうようにしてください。
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. 字句を訂正する場合は、誤った字句を複線で抹消して氏名欄の印を押印し、その上に正しい字句を記入してください。
7. 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、当健保組合(給付課)までご連絡ください。(電話番号 078-360-8616)

## 《 支 払 方 法 》

1. 川崎重工業(株)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)を経由して支払いますので、必ず委任欄に記名のうえ、事業主に記入・押印してもらってください。