

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 XX 年 XX 月 XX 日

保険証 記号 X X X 番号 X X X X X X	被保険者の氏名 川崎 太郎 (印)	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 XX 年 XX 月 XX 日 <input type="checkbox"/> 平成
事業所 <input type="checkbox"/> 川崎重工業 工場 <input checked="" type="checkbox"/> (株)〇〇〇〇)	自宅の住所等 〒 XXX - XXXX 〇〇市 〇〇町 1-2-3 (Tel) 0 XX - XXX - XXXX		
被扶養者が 出産の場合 →	被扶養者の氏名 川崎 花子	続柄 妻	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 XX 年 XX 月 XX 日 <input type="checkbox"/> 平成
出産年月日 平成 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 川崎 二郎	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 〇〇産婦人科	
被保険者記入欄	「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 川崎 太郎 (印) 事業主(代理人) 住所名称氏名 〇〇市 〇〇町 3-2-1 (株)〇〇〇〇 △△ △△ (事業主印)		
支払方法等 ・被保険者の方で、退職後に産まれた場合、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)	振込先 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()	<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
※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。 医療機関の所在地 平成 年 月 日 医療機関名 (印)			

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 平成 年 月 日	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 (印)		

組合決定欄	資格喪失のとき	資格取得日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	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 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	支払日 平成 年 月 日
	備考			