

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

被保険者記入欄	被保険者証の記号番号	X X X - 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) 0XX - 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	
委任欄	「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。 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。						
支払方法等	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)		
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 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
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	支給決定金額	支給決定日
	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	円	平成 年 月 日
	資格喪失日	出産者の認定年月日		支払日
備考	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	平成 年 月 日	平成 年 月 日