

受取代理制度を利用される場合

受取代理制度対応の医療機関専用

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(受取代理用)

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		①	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		
	出産予定医療機関等の所在地		名称		出産予定日・数	平成 年 月 日	単・多 (胎)	
	上記のとおり請求し、直接支払制度は利用しません。下記医療機関等を受取代理人と定め、次の権限を委任します。							
	・出産育児一時金のうち、下記医療機関等が委任者に対して出産に関し請求する費用の額の受領に関すること							
	平成 年 月 日							
	住所							被保険者の氏名 ①
	医療機関等からの請求額が、所定額より少ない場合のみお支払します。							
	「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。							
差 額 支 払 方 法 等	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		①	事業主(代理人)氏名		住所名称氏名	①	
	・被保険者の方で、退職後に <u>出産</u> 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)		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	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。								

受 取 代 理 人 記 入 欄	上記出産予定者(平成 年 月 日出産予定)の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。						
	平成 年 月 日		医療機関の所在地				
			医療機関名		(Tel) - -		
受取代理人の指定金融機関	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 <input type="checkbox"/> ()	名義 カタカナで記入		
口座番号							

組 合 決 定 欄	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		出産予定者の認定年月日		支払日	
	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
備考						

《 注 意 事 項 》

【被保険者のみなさまへ】

1. この請求書による事前申請の対象となる被保険者・被扶養者は、産前で出産予定日まで2ヵ月以内の方となっています。
2. この請求書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と当健保組合の間において、請求書の受付の有無、出産に関する証明及び出産費用に関する個人情報を含む各種情報の提供を行いますので、あらかじめご了承ください。
3. 請求書を提出後に他の医療機関に移って出産する場合には、「出産育児一時金等取下書」などを提出してください。
4. 出産予定者が「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）

【医療機関等のみなさまへ】

1. この請求書を受け付けた時は、「受取代理人記入欄」に住所・名称・振込先等をご記入ください。
2. 出産後は速やかに、出産費用請求報告書と出産費請求書・出産証明書類の写しを当健保組合へご送付ください。なお、産科医療補償制度対象分娩の場合は、対象分娩であることを証する印を請求書の写しに押印してください。

【被保険者および医療機関等のみなさまへ】

1. 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。
2. この請求書による出産育児一時金の支払いは、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が1. の給付額以上である場合
出産育児一時金の全額を受取代理人である医療機関等へお支払いします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が1. の給付額未満である場合
請求額として記載されている額を受取代理人である医療機関等へお支払いし、その請求額と1. の給付額との差額については、被保険者へお支払いします。
3. 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」（医療機関等の場合は「受取代理人欄」）の印を押印し、その上に正しい字句を記入してください。

《 差 額 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)を經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。