

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 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 <input type="checkbox"/> 平成	XX 年 XX 月 XX 日
事業所	<input type="checkbox"/> 川崎重工業 工場		自宅の住所等	〒 XXX - XXXX ○○市 ○○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 <input type="checkbox"/> 平成	XX 年 XX 月 XX 日
----------------	---------	-------	----	---	------	---	----------------

出産予定 医療機関 等の 所在地	○○市 ○○町 1-1-1			出産予定 日・数	平成 XX 年 XX 月 XX 日	<input checked="" type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 多 (胎)
名称	○○産婦人科					

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 XX 年 XX 月 XX 日

住所 ○○市 ○○町 1-2-3 被保険者の氏名 川崎 太郎 (印)

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。

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。

委任欄	被保険者氏名	川崎 太郎 (印)	事業主(代理人)氏名	住所名称	○○市 ○○町 3-2-1 (株)○○○○ △△ △△	事業主印
-----	--------	-----------	------------	------	-----------------------------------	------

・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)

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;input type="/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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。

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

必ず代理人(医療機関)に記入してもらってください

受取代理人の指定金融機関	振込先	口座番号	名義	カタカナで記入	<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 72="" 838="" 950"="" 954="" data-label="Table" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;/table&gt; &lt;/div&gt; &lt;div data-bbox="/> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">組合決定欄</td> <td>資格喪失のとき</td> <td>資格取得日</td> <td>支給決定金額</td> <td>支給決定日</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>昭和 <input type="checkbox"/>平成 年 月 日</td> <td>円</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>資格喪失日</td> <td>出産予定者の認定年月日</td> <td>支払日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td><input type="checkbox"/>昭和 <input type="checkbox"/>平成 年 月 日</td> <td>平成 年 月 日</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>	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 <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 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	備考				
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 <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 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日																									
備考																													