

被保険者の場合

健康保険

被保険者  
家族

出産育児一時金・付加金請求書

届コード  
63A

注意事項

54321

表題の「被保険者」欄以外は、市町村の「家族」の文字は、被保険者の氏名印と同一印を訂正した箇所に押印してください。

医療機関等より発行された領収書のコピーと、直接払制度を利用しないことを医療機関等と同意したことのわかる文書のコピーをこの箇所に添付して下さい。

被保険者の記号・番号	③ 生 年 月 日	④ 被扶養者番号	⑤ 受 付 年 月 日
① 00	② 0000	1: 大 3: 昭 5: 平 0 0 0 0 0 0	※ 年 月 日
⑥ 被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 (健保)	事業所の名称	株式会社 ○○○○
⑦ 郵便番号	⑧ 住所コード	(フリガナ) ○○ケン ○○シ ○○チョウ 1-1	〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-1 電話 ( 0000 - 00 - 0000 )
⑨ 分べんした年月日	平成 ○ ○ ○ ○ ○ ○	⑩ 出生児数	⑪ 死産児数
1人	1人	⑫ 出生児の名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花代
⑬ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	⑭ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	夫の扶養に入るため
⑮ 日雇特例被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)	円	⑯ 調整減額コード	⑰ 海外表示
		※ 0: 国内 1: 海外	※ 特別支給コード
⑱ 被保険者の分べんであるときは夫の	氏 名	健保 太郎 (旧姓)	保 険 証 (健保・共済・国保の)
	勤 務 事 業 所 名	株式会社 ××××	記号 △△
	所 在 地	××市 ××町 1-1	番号 △△△
⑲ 被扶養者認定後6ヶ月以内の分べんあるときは妻の	氏 名	(旧姓)	保 険 証 (健保・共済・国保の)
	従 来 の 勤 務 事 業 所 名		記号
	勤 務 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	番号

分べんした年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 月)
出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )	備考	週
上記のとおり医療機関の名	医療機関 又は 市町村の証明を受けて下さい		⑳
医師・助産婦電話			
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する。	平成 年 月 日		㉑
市区町村が	市区町村町名		

⑱ 支払区分	⑲ 金融機関コード	⑳ 預金種別	㉑ 口座番号
1:振込 2:当地払	退職者の方は支払金融機関の欄に記入します (ゆう貯銀行以外のもの)		
組合 農協		支店	注意: (請求者名義以外の口座には振込できません。)

委任欄	㉒ 退職者以外の方は給与を通しての支払いになる為、委任欄に署名・捺印します
-----	---------------------------------------

年 月 日 提出

受付日付印

家族の場合

健康保険

被保険者

出産育児一時金・付加金請求書

届コード  
63A

注意事

5 4 3 2 1

「※」記載事項を訂正し、  
「被保険者の氏名と印」欄に  
「請求者の住所」欄に  
「家族が分べんしたための請求  
であるときは、その者の氏名」  
欄に記入してください。  
「出生児が被保険者の被扶養者  
であるかどうか」欄に「ある・  
ない」を記入してください。  
「調整減額」欄に「調整減額」を  
記入してください。  
「被保険者の分べんであるとき  
は夫の勤務事業所名」「被扶  
養者認定後6ヶ月以内の分べん  
あるときは妻の従来勤務事業  
所名」欄に勤務事業所名を記入  
してください。  
「出生届の数」欄に「単胎・多  
胎」を記入してください。  
「医療機関」欄に「医療機関  
又は市町村の証明を受けて下  
さい」を記入してください。  
「支払金融機関」欄に「退職者  
の方は支払金融機関の欄に記  
入します（ゆう貯銀行以外の  
もの）」を記入してください。  
「委任欄」に「退職者以外の  
方は給与を通しての支払いに  
なる為、委任欄に署名・捺印  
します」を記入してください。

被保険者の記号・番号		③ 生 年 月 日		④ 被扶養者番号		⑤ 受 付 年 月 日	
① 00	② 0000	1: 大 3: 昭 5: 平	0	0	0	0	0
⑥ 被保険者(請求者)の氏名と印 ケンボ タロウ 健保 太郎				⑦ 事業所の名称 株式会社 ○○○○			
⑦ 郵便番号 0 0 0 0 0 0 0				⑧ (フリガナ) 〇〇ケン 〇〇シ 〇〇チョウ 1-1 〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-1 電話 ( 0000 - 00 - 0000 )			
⑨ 家族が分べんしたための請求であるときは、その者の氏名 健保 花子 (旧姓 山田)				⑩ 生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生			
⑪ 分べんした年月日 平成 〇 〇 〇 〇 〇 〇		⑫ 出生児数 1人		⑬ 死産児数 人		⑭ 死産のときはその旨 死産のときはその旨	
⑮ 出生児の氏名 健保 ももこ		⑯ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか ある・ない		⑰ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由		⑱ 妊娠経過期間 40週	
⑲ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか ある・ない		⑳ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由		㉑ 調整減額 円		㉒ 海外表示 ※ 0: 国内 1: 海外	
㉓ 被保険者の分べんであるときは夫の氏名		氏名 (旧姓)		㉔ 保険証 (健保・共済・国保の) 記号		㉕ 備考	
㉖ 被扶養者認定後6ヶ月以内の分べんあるときは妻の氏名		氏名 健保 花子 (旧姓 山田)		㉗ 従来勤務事業所名 株式会社 ××××		㉘ 保険証 (健保・共済・国保の) 記号 △△	
㉙ 勤務期間		H〇〇年〇〇月〇〇日 ~ H〇〇年〇〇月〇〇日		㉚ 番号		△△△	

① 分べんした年月日 平成 年 月 日		② 生産又は死産の別 生産又は死産の別		③ 生産・死産 (妊娠 年月) 週	
④ 出生児の数 単胎・多胎 ( 児 )		備考		備考	
⑤ 上記のとおり医療機関の名 医療機関 又は 市町村の証明を受けて下さい		⑥ 医療機関 医師・助産婦 電 話		⑦ 備考	
⑧ 本籍		⑨ 出生届出日 平成 年 月 日		⑩ 備考	
⑪ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村町名		⑫ 備考		⑬ 備考	

⑭ 支払区分 1: 振込 2: 当地払		⑮ 金融機関コード		⑯ 預金種別		⑰ 口座番号	
⑱ 退職者の方は支払金融機関の欄に記入します (ゆう貯銀行以外のもの)		⑲ 組合 農協		⑳ 支店		㉑ 口座番号を記入してください。 任意 (請求者若義以外の口座には振込できません)	

㉒ 委任欄 退職者以外の方は給与を通しての支払いになる為、委任欄に署名・捺印します		㉓ 備考	
--	--	------	--

年 月 日 提出

受付目付印