

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

5 4 3 2 1

「記載事項以外は、はもれなく記入してください。」
 表題の「被保険者」欄には、市町村長が「家族」の文字をいづれか該当する方を○で囲んでください。
 医師・助産婦又は市区町村が、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	②	1:大 3:昭 5:平	年	月	日	※	※	年	月	日			
⑥ 被保険者(請求者)の氏名と印		(フリガナ)			事業所の名称								
被保険者(請求者)の住所		⑦ 郵便番号			(フリガナ)			⑧ 住所コード					
					電話 (- -)								
家族が分べんしたための請求であるときは、その者の		⑦ 氏名			(旧姓)			⑧ 生 年 月 日		昭和 平成	年	月	日生
⑨ 分べんした年 月 日	平成	年	月	日	⑩ 出生児数	⑪ 死産児数	⑫ 死産のときはその旨		⑬ 妊娠経過期間	カ	月	週	
⑫ 出生児の氏名		(フリガナ)			⑭ 被保険者と出生児の続柄								
⑮ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある・ない			⑯ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由								
⑰ 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			⑱ 調整減額コード	⑲ 海外表示	⑳ 特別支給コード	㉑ 継続療養しない児童					
⑳ 被保険者の分べんであるときは夫の		氏 名			(旧姓)			保 険 証 (健保・共済・国保の)		㉒ 備考			
		勤 務 事 業 所 名			記号								
		所 在 地			番 号								
㉓ 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					

証 明 書	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 カ月) 週				
助産婦又は市区町村が	出生児の数	単胎・多胎(児)			備考						
	上記のとおり相違ないことを証明する。					平成 年 月 日					
	医療機関の名称・所在地										
	医師・助産婦名										
	電 話 (- -)										
	本 籍	筆頭者氏名									
	出生届出日	平成	年	月	日	出生児氏名	出生年月日	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					
	市区町村名										

支 払 金 融 機 関 の 欄	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		1:普通 4:別段 2:当座 3:通知								
	銀行 金庫 組合 農協			本店 支店	請求者名義の口座番号を記入してください。 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 この給付金の受領を取締役 申請者氏名	に委任します。
-------	-------------------------	---------

年 月 日 提出

受付日付印