

被保険者の場合
(直接支払制度利用なし)

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」の文字は、出生届が被保険者となる場合は、被扶養者届も同時に提出してください。出生届の被扶養者氏名印と出生届の被扶養者氏名印を訂正した箇所を押印してください。

医療機関より発行された領収書のコピーと、直接支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ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|------------------|---------------------|---------------|-------------------------|----|-----------|--------------------|---|----------------|---|-------|---|--|---|--------|----|--|--|
| ① | 00 | ② | 0000 | ③ | 昭和 平成 令和 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ④ | | ⑤ | | | | | |
| ⑥ | 被保険者(請求者)の氏名と印 ケンポ ハナコ 健保 花子 | | 事業所の名称 株式会社 ○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑦ | 郵便番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ⑧ | 住所コード | | 住所 ○○県 ○○市 ○○町 1-1 電話 (0000 - 00 - 0000) | | | | | |
| 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) | | ④ | 生年月日 | | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日生 | | | |
| ⑨ | 分べんした年月日 | 平成 令和 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 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 | | |
| ⑫ | 出生児の氏名 | ケンポ ハナコ 健保 花代 | | ⑭ | 被保険者と出生児の続柄 | | 長女 | | | | | | | | | | | | |
| ⑮ | 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか | ある なし | | ⑯ | 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 | | | | | | | | | | | | |
| ⑰ | 被保険者の分べんであるときは夫の | 氏名 | | 健保 太郎 (旧姓) | | ⑱ | | 保険証 (健保・共済・国保の) | | ⑲ 備考 | | | | | | | | | |
| | | 勤務事業所名 | | 株式会社 ×××× | | 記号 | | △△ | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | ××市 ××町 1-1 | | 番号 | | △△△ | | | | | | | | | | | |
| ⑳ | 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) | | ⑳ | | 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 | 分べんした年月日 | 年 | 月 | 日 | 生産又は死産の別 | 生産・死産(妊娠カ月)週 | | |
| 明 | 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | | 備考 | | | | |
| す | 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ください | | | | | ⑲ |
| 助 | 産師又は医師・助産師 | | | | | | | |
| 産 | 本籍 | | | | | | ⑲ | |
| 師 | 出生届出日 | 年 月 日 | | | | | ⑲ | |
| 又 | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | ⑲ | |
| こ | 年 月 日 | | | | | | ⑲ | |
| は | 市区町村町名 | | | | | | ⑲ | |
| る | | | | | | | ⑲ | |
| 市 | | | | | | | ⑲ | |
| 区 | | | | | | | ⑲ | |
| 町 | | | | | | | ⑲ | |
| 村 | | | | | | | ⑲ | |
| が | | | | | | | ⑲ | |

| | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|---------|---|------|---|------|
| 支 | ⑬ | 支払区分 | ⑭ | 金融機関コード | ⑮ | 預金種別 | ⑯ | 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 (ゆうちょ銀行以外のもの) | | | | | | |
| 払 | 組合 支店 注意: (請求者名義以外の口座には振込できません。) | | | | | | ⑲ | |
| 金 | | | | | | | ⑲ | |
| 融 | | | | | | | ⑲ | |
| 機 | | | | | | | ⑲ | |
| 関 | | | | | | | ⑲ | |
| の | | | | | | | ⑲ | |
| 欄 | | | | | | | ⑲ | |

| | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|--|--|--|---|
| 委 | ⑰ | 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 | | | | | ⑲ |
| 任 | | | | | | | ⑲ |
| 欄 | | | | | | | ⑲ |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

受付日付印

年 月 日 提出

