# 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

5 4 3 2 1

表題の「被保険者」・「家族」の文字はいずれか該当する方を○で囲んでください。
出生児が被扶養者になる場合は、被扶養者届も同時に提出してください。
医師・助産師又は市町村長のどちらかの証明を受けてください。
記載事項を訂正したときは、⑥欄の被保険者氏名印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。
「※」印欄以外はもれなく記入してください。

**被保険者が記入するところ**

| 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 | 昭和 平成 令和 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 / ⑧ 住所コード ※ | (フリガナ) 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 | ㋐ 氏名 (旧姓 ) | ㋑ 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 年 月 日 | ⑩ 出生児数 人 / ⑪ 死産児数 人 | ㋒ 死産のときはその旨 / ㋓ 妊娠経過期間 カ月 週 |
| ⑫ 出生児の氏名 | (フリガナ) | ㋔ 被保険者と出生児の続柄 | |
| ㋕ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか | ある・ない | ㋖ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ㋗ 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) | ㋘ 備考 |
| | 勤務事業所名 | | 記号 | |
| | 所在地 | | 番号 | |
| ㋙ 被扶養者認定後6ヶ月以内の分べんであるときは妻の | 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 | |

**医師・助産師又は市区町村が証明するところ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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) |
| 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。 年 月 日
医療機関の名称・所在地
医師・助産師名
電話( − − ) ㊞

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 本籍 | | 筆頭者氏名 | | | |
| 出生届出日 | 年 月 日 | 出生児氏名 | | 出生年月日 | 年 月 日 |

上記のとおり相違ないことを証明する。
年 月 日
市区町村町名 ㊞

**支払金融機関の欄**

| 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 | ※ | 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段 | |
| | 銀行 金庫 組合 農協 本店 支店 | | 注意: 請求者名義の口座番号を記入してください。(請求者名義以外の口座には振込できません。) |

**委任欄**

⑰ この給付金の受領を取締役社長に委任します。
申請者氏名 ㊞

医療機関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ください。

| 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