＊直接支払制度を利用しない場合の様式

K061-①

健康保険 被保険者 家族

出産育児一時金・付加金請求書

令和 3 年 4 月 2 日請求

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号と番号		------ ０００ ------ ０００	②被保険者の氏名	健保 太郎			
④被保険者の現住所		〒００-０００ 東京都目黒区０ー０ー０					
⑤事業所の名称		０ ０ 事業団					
⑥分べんした年月日	令和 3 年 3 月 3 日		⑦死産のときはその旨		⑧妊娠経過期間	ヶ月 41 週	
⑨入院して分べんしたときは、その病院・産院の	㋐ 名称	０ ０ ０ 病院					
	㋑ 所在地	東京都目黒区０００					
⑩被扶養者が分べんしたための請求であるときはその者の	㋐ 氏名	健保 花子	㋑ 生年月日	昭 平 令 3 年 1 月 5 日生			
⑪出生児の氏名		健保 一	⑫被保険者と出生児の関係	長男	⑬出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	(ある) な	
⑭出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			⑮備考				

医師・助産師又は区市町村長が証明するところ

⑯分べんした年月日	令和 3 年 3 月 3 日	⑰生産または死産の別	(生産)・死産(妊娠 ヵ月 週)
⑱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。

令和 3 年 3 月 10 日

医療施設の名称・所在地 〒００-０００ 東京都目黒区０００

電話(００ 局) ００００ 番

医師・助産師名 ０ ０ ０ ０

本籍		筆頭者氏名			
出生届出日	平成・令和 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	平成・令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

区市町村長名 ㊞ 電話(局) 番

経済産業関係法人健康保険組合