

*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 平成 年 月 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	----- 1234 ----- 1001	② 被 保 険 者 の 氏 名 と 印	下 田 一 夫	③	印 下
	④ 被 保 険 者 の 現 住 所	〒 153-0001 東京都目黒区青葉台1-1-1				
	⑤ 事 業 所 の 名 称	〇〇〇機構				
	⑥ 分 べ ん し た 年 月 日	平成 21 年 10 月 5 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	⑦ 名 称	△△病院			
		⑧ 所 在 地	目黒区碑文谷99-99			
	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	⑨ 氏 名	下 田 冬 子	⑩ 生 年 月 日	昭和45 年 5 月 8 日	日生
⑪ 出 生 児 の 氏 名	下 田 太 朗	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			⑮ 備 考			

証 明 す る と こ ろ 医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長 が	⑯ 分 べ ん し た 年 月 日	平成 21 年 10 月 5 日	⑰ 生 産 ま た は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 カ 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。 平成 21 年 10 月 21 日 医療施設の名称・所在地 〒152-0005 目黒区碑文谷××-×× 医師・助産師名 △△病院 医師 〇〇 〇〇				
	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 区市町村長名 電話(局) 番				