



記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書差額申請書 記入の手引き」をご確認ください。

依頼書(申請書)は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

| | | | | | | | |
|--------|-----------------|--------|------------|-----------------------------|------------------|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証の (左づめ) | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | 印 | | 自署の場合は押印を省略できます。 | | |
| | 住所 | 〒 | 都 道 府 県 | 電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く | | | |

| | | | |
|---------|------------|---|---------------------------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関 名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () | 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所 |
| | 預金種別 | 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 |
| | 口座名義 | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) | 口座名義 の区分 |

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

| | | | | | |
|---------|----------------|--------------------------------|-------------------|---|---|
| 受取代理人の欄 | 被保険者 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 | 年 | 月 | 日 |
| | 代理人 (口座名義人) | 住所 | 住所 「被保険者情報」の住所と同じ | | |
| | 被保険者との 関係 | 氏名・印 | 印 | | |

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

| | |
|-----------------------|---|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 | 印 |
|-----------------------|---|

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

(2020.9)

様式番号 6 2 1 1 6 8

協会使用欄

被保険者氏名

| | | | |
|-------------|--|---|--|
| 申請内容 | ① 出産した者 | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) | |
| | ①-① 家族の場合はその方の | 氏名 | 生年月日 <input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 3. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 |
| | ② 出産した年月日 | <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 | |
| | ③ 生産または死産の別 | <input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在 | |
| | ③-① 「生産」の場合 出生児数 | <input type="checkbox"/> 人 | ③-② 「死産」の場合 死産児数 <input type="checkbox"/> 人 |
| | | | ③-②-① 「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数 |
| ④ 出生児の氏名 | | | |
| ⑤ 出産した医療機関等 | 名称 | 所在地 | |
| ⑥ 出産した方 | ● 被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。 ● 家族 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。 | | <input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ |
| ⑥-① | 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ● 被保険者 → 現在加入している保険者について ● 家族 → 協会けんぽ加入前に加入していた保険者について | | 保険者名 |
| ⑥-①-① | 同一の出産について、 ⑥-①の保険者より出産育児一時金を | | <input type="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない |

| | | | | |
|-----------------------|----------------|---|-----------|---|
| 証明欄 (いずれかにご記入ください) | 医師・助産師による証明の場合 | 出産者氏名 | 出生年月日 | <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 |
| | 出生児の数 | <input type="checkbox"/> 1. 単胎 → (<input type="checkbox"/> 児) 2. 多胎 → (<input type="checkbox"/> 児) | 生産または死産の別 | <input type="checkbox"/> 1. 生産 → 満 <input type="checkbox"/> 週 2. 死産 → (<input type="checkbox"/>)日 |
| | | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | 医療施設の所在地 | |
| | | <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 | 医療施設の名称 | 印 |
| | | | 医師・助産師の氏名 | |
| 証明の場合(生産のみ) | 市区町村長による証明 | 本籍 | 筆頭者氏名 | |
| | 母の氏名 | 出生児氏名 | 出生年月日 | <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 |
| | | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | 市区町村長名 | 印 |
| | | <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 | | |

様式番号

6 2 1 2 6 7