

【健保記入欄】

支給額										円
支給内訳	出産育児一時金									円
	出産育児付加金									円
標準報酬月額		千円								
産科医療補償制度利用		<input type="checkbox"/>	直接支払制度利用		<input type="checkbox"/>					

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得日	年	月 日
資格喪失日	年	月 日

被保険者・家族 健康保険 出産育児一時金（付加金）支給申請書 ※太枠内にご記入ください。

被保険者等の記号・番号	記号	番号	事業所名			
被保険者氏名				被保険者の生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者の住所	〒 -					
出産年月日	令和	年	月 日	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	
「生産」の場合出生人数	人	「死産」の場合死産児数	人	「死産」の場合妊娠経過期間	満 週	
出産した場所	医療施設等の名称					
	医療施設等の所在地			〒 -		
家族が出産した場合	氏名			家族の生年月日	昭和 平成	年 月 日
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	出生児が被扶養者でないときはその理由	<input type="checkbox"/> 配偶者の扶養のため <input type="checkbox"/> その他 ()	被保険者と出生児の続柄		
出生した方が	<input type="checkbox"/> 被保険者の場合 ⇒ 退職後6ヵ月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 家族の場合 ⇒ イマジカ健保で被扶養者認定後6ヵ月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 上記で「はい」と答えた方が、					
	<input type="checkbox"/> 被保険者の場合 ⇒ 現在加入している健康保険について 右欄に記入 <input type="checkbox"/> 家族の場合 ⇒ イマジカ健保加入前に加入していた健康保険について してください。			保険者名		
	*今回請求の出産について、上記記入の健康保険より出産育児一時金 <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない			電話番号		
			記号・番号			
直接支払制度の利用	<input type="checkbox"/> 利用している 下記「医師・助産師又は市区町村長が証明する欄」に証明は必要ありません。			<input type="checkbox"/> 利用していない 下記「医師・助産師又は市区町村長が証明する欄」に証明が必要です。		
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用しない場合は下記の欄にご記入ください。) <small>⑥口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
振込希望の金融機関	銀行			支店	普通	
*被保険者名義・普通預金口座	口座名義 (カタカナ)			振込エラーがあった場合に確認のとれる連絡先	[TEL]	
給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者以外の口座に振込希望する)場合は、下記の委任状にご記入ください。						
委任状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者の住所 氏名					
	代理人の住所 氏名					

(市区町村長が証明または市区町村長名)	出産年月日	令和	年	月 日	出産者氏名		
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。				令和	年	月 日
	医療施設の名称・所在地						
	医師・助産師名						
	本籍				筆頭者氏名		
母の氏名			出生児氏名	出生年月日	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	
市区町村長名							

◆添付書類

- ①医療機関との【直接支払制度合意書】の写し
直接支払制度利用の有無と、請求先が「イマジカ健康保険組合」である旨が記載されたもの
- ②医療機関から発行された【出産費用の領収・明細書】の写し
(産科医療補償制度加入機関)の押印があり、退院時に発行されるもの

社会保険労務士の提出代行者名記載欄