

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 年 月 日			
被保険者の住所	〒 —							
連絡先	目中連絡の取れる電話番号							
	メールアドレス							
出産年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別		□ 生産 □ 死産 □ 生産・死産混在				
「生産」の場合出生人數	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 年 月 日			
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で □ ない	□ ある	出生児が被扶養者で ないときはその理由	□ 配偶者の扶養のため □ その他()	被保険者と 出生児の続柄			
出産した方	●被保険者の場合 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家族の場合 ⇒ イマジカ健保で被扶養者認定後6ヶ月以内の出産ですか。 上記で「はい」と答えた方が、			□ はい	□ いいえ			
が	●被保険者の場合 ⇒ 現在加入している健康保険について ●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			右欄に記入 してください。	保険者名 電話番号 記号・番号			
*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 □ 受けた/受ける予定 □ 受けない								
直接支払制度の利用	□ 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。		□ 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。			
□ 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。)								
注)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。								
振込希望の金融機関 *被保険者名義・普通預金口座	銀行 支店 普通							
	口座名義 (カタカナ)				※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。 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名							
～市 区 町 村 に こ 記 入 す れ ま か が 記 入 す さ る は い ～	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 ヶ月 週)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。							
	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。							
	市区町村長名							
	◆添付書類 ①医療機関との【直接支払制度合意文書】の写し ②医療機関から退院時に発行された【出産費用の領収・明細書】の写し 産科医療補償制度対象の分娩の場合、その旨が印字や押印により明記されているもの							
	社会保険労務士の提出代行者名記載欄							