

【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		直接支払制度利用						

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 平成		
被保険者の住所		〒								
連絡先		日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 年 月 日 平成		
出生児が被扶養者かどうか		被扶養者で ☐ ある ☐ ない		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 が	●被保険者の場合 ⇒ 退職後6ヵ月以内の出産ですか。 ☐ はい ☐ いいえ									
	●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。									
	上記で「はい」と答えた方が、					保険者名				
	●被保険者の場合 ⇒現在加入している健康保険について					電話番号				
	●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					記号・番号				
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。）										
⑨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		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）				※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									
	代理人の住所									
（い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い ）	市 区 医 師 ・ 助 産 師 長 が 証 明 し ます		出生年月日		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。		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