

支給額				支給支払決議書	
支給 内訳	出産育児一時金			事務長	担当者
	出産育児付加金				
標準報酬月額				日	年 月 日
産科医療補償制度利用 ☐		直接支払 ☐		日	年 月 日

家族（被扶養者）が
出産した場合

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①		記号	101	番号	3333	事業所名	(株) IMAGICA Lab.		
被保険者氏名		今近 太郎				被保険者の生年月日	昭和 平成	2 年 10 月 15 日	
被保険者の住所		〒 140 - 1122 東京都品川区品川オー△ー□ 品川マンション●●●号							
連絡先②		日中連絡の取れる電話番号		090-5555-XXXX					
		メールアドレス		yoshiko@gmail.comcom					
出産年月日		令和 7 年 4 月 5 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		1 人		「死産」の場合死産児数		人		「死産」の場合妊娠経過期間	
出産した場所		医療施設等の名称		品川産婦人科					
		医療施設等の所在地		〒 140 -0101 東京都品川区品川▲-▲-▲					
家族が出産した場合		氏名	今近 美子			家族の生年月日	昭和 平成	3 年 3 月 5 日	
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	
出生児が被扶養者かどうか		長女							
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、								
	●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 ●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		全国健康保険協会 東京支部					
		電話番号		03-1234-XXXX					
		記号・番号		987654・123					
		*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							
④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。)									
⑤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。									
⑤振込希望の金融機関		三井住友 銀行		五反田 支店		普通 0 1 2 3 4 5 6			
*被保険者名義・普通預金口座		口座名義 (カタカナ)		イマジカ タロウ		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							
◆申請書記入上のご注意◆		市区町村長名							
①健康保険の記号と番号をご記入ください。枝番は記入不要です。									
②申請書の不備や給付金の振込エラーがあった場合などに健保組合よりご連絡する場合がありますので、必ずご記入ください。									
③この欄は、被扶養者の方が扶養認定後6ヵ月以内に出産して請求する場合に、その方が認定直前に加入していた健康保険について確認するものです。 認定年月日は「資格情報のお知らせ」「マイナポータルの資格情報画面」「資格確認書」等でご確認ください。 ※扶養認定から6ヵ月以内に出産した場合、以前加入していた健康保険(1年以上加入の場合)から給付金を受けるか、現在加入している健康保険から給付金を受けるか、どちらかを選択することになります。重複して給付されることはありません。 なお、重複請求確認のため③欄に「はい」と答えた場合に、以前加入していた健康保険に請求の有無を確認することがあります。									
④「直接支払制度」を利用しているかどうかをチェックしてください。 利用していない場合は、「医師・助産師 または 市区町村長 が証明する欄」に証明を受けてください。									
⑤給付金の振込先口座をご記入ください。ご家族の口座にはお振込みできませんので、ご注意ください。									

◆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