

支給額										円
支給内訳	出産育児一時金									
	出産育児付加金									
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	平成	年 月 日
資格喪失日	令和	年 月 日

被扶養者(家族)が
出産した場合

① 被保険者 (家族) 出産育児一時金(付加金)請求書

*下記太枠内ご記入下さい。

被保険者証の記号・番号	記号	101	番号	5678	事業所名	(株)IMAGICA Lab.							
被保険者氏名	健保 太郎				被保険者の生年月日	昭和	5	年	4	月	3	日	
出産年月日	令和 4 年 4 月 5 日				生産または死産の別	<input checked="" 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	1 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		〇〇〇〇病院										
	医療施設等の所在地		〒 *** - **** 東京都港区××××-×-×										
家族が出産した場合	氏名	健保 花子			家族の生年月日	昭和	6	年	10	月	8	日	
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input checked="" 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"/> 配偶者の扶養の為 <input type="checkbox"/> その他()		被保険者と出生児の続柄		⑦ 二男					
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。					⑧ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、					健康保険名	△△△健康保険組合						
	●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	03-3456-7890						
●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	113 - 43676							
*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を、 <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input checked="" type="checkbox"/> 受けない													
振込希望の銀行	⑨ 三井住友 銀行			五反田	支店	普通	5	3	4	7	6	1	2
*被保険者の普通口座に限る	口座名義(カタカナ)	ケンポ タロウ			振込エラーがあった場合に確認のとれる連絡先	[TEL]	⑩ 090-9876-5432						
直接支払制度の利用	⑪ <input checked="" 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					[メール]	kenpo@*****.co.jp				
直接支払制度の利用 <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													
上記のとおり申請します。													
イマジカ健康保険組合理事長 殿													
申請年月日: 令和 4 年 5 月 10 日													
被保険者の住所: 〒141-0002 東京都品川区東品川*-*-* 〇〇マンション***													
被保険者の氏名: 健保 太郎													

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	① 「家族」に○を付けて下さい。	週)
	② 被保険者証(保険証)に記載されている「記号」を記入して下さい。	
	③ 被保険者証(保険証)に記載されている「番号」を記入して下さい。	
	④ 被保険者証(保険証)に記載されている「事業所名称」を記入して下さい。	
	⑤ 出産された家族の氏名を記入して下さい。	
	⑥ 出産された家族の生年月日を記入して下さい。	
	⑦ 被保険者との続柄を、長男・二男 など記入して下さい。	
	⑧ この欄は、家族の方が扶養認定後6ヵ月以内に出生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、被保険者証に記載してあります) (* 扶養認定から6ヵ月以内に出産した時は、イマジカ健保から給付を受けるか、以前加入していた健康保険から給付を受けるか、どちらかを選択して頂くことになります。(重複しての支給はされません) なお、重複請求確認のため、⑧欄に「はい」と答えた場合、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。	日
	⑨ 給付金の振込先口座を記入して下さい。(家族の口座にはお振込出来ませんので、ご注意ください)	
	⑩ 給付金の振込エラー等あった場合、イマジカ健保より連絡をする場合がありますので、日中連絡のとれる連絡先(メールや携帯電話等)を記入して下さい。	
	⑪ [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。利用していない方は、「医師・助産師又は市区町村長が証明する欄」に証明をもらって下さい。利用している方は、証明をもらう必要はありません)	