

【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	平成 年 月 日	
資格喪失日	令和 年 月 日	

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	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 年 月 日
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 年 月 日 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"/> 配偶者の扶養の為 <input type="checkbox"/> その他()
出産した方が	●被保険者の場合 ⇒ 退職後6か月以内の出産ですか。 <input 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か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、		
	●被保険者の場合 ⇒ 現在加入している健康保険について <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
●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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
*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 type="checkbox"/> 受けない			
振込希望の銀行	銀行		支店
*被保険者の普通口座に限る	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	普通
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	
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 年 月 日			
被保険者の住所：			
被保険者の氏名：			

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠第 月 週)
	出生児の数	単胎・多胎(児)		
	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	
	出生届出日	令和 年 月 日	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 区市町村長名			

添付書類

- ① 医療機関との【直接支払制度合意文書】の写し・・・ 直接支払制度の利用有無と、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]印の押印があり、退院時に発行されるもの

*取得した個人情報、利用目的を特定しており、目的の範囲を超えての利用は致しません。

イマジカ健康保険組合 (R4年7月更新)