【健保記入欄】

| 支給額 | | |
|---|---|---|
| 支給内訳 | 出産育児一時金 | |
| | 出産育児付加金 | |
| 標準報酬月額 | | |
| 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 | | |
|---|---|---|
| | 事務長 | 担当者 |
| | | |
| 日 | 年 月 日 | |
| 資格喪失日 | 年 月 日 | |

**本人（被保険者）が出産した場合**

被保険者 ・ 家族　**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。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ①被保険者証の記号・番号 | 記号 101 | 番号 56789 | 事業所名 | (株)IMAGICA Lab. | |
| 被保険者氏名 | 今近 美子 | | 被保険者の生年月日 | 昭和 平成 3 年 10 月 5 日 | |
| 被保険者の住所 | 〒 140 － 0002 東京都品川区東品川○-△-□ 東品川マンション101号 | | | | |
| 出産年月日 | 令和 5 年 8 月 10 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 | 満 週 |
| 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5-5-5 | | | |
| 家族が出産した場合 | 氏名 | | 家族の生年月日 | 昭和 平成 年 月 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 | 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。<br>●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。 | ② | ☑ はい □ いいえ |
| | 上記で「はい」と答えた方が、<br>●被保険者の場合 ⇒現在加入している健康保険について<br>●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<br>右欄に記入してください。 | 保険者名 | 全国健康保険協会 東京支部 |
| | | 電話番号 | 03-1234-××××× |
| | | 記号・番号 | 98765432・1 |
| | ＊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 | | |

| | | |
|---|---|---|
| ③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。）

※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。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ④振込希望の金融機関<br>*被保険者名義・普通預金口座 | 三菱UFJ 銀行 五反田 支店 | | 普通 | 0354792 |
| | 口座名義（カタカナ） | イマヂカ ヨシコ | ⑤振込エラーがあった場合に確認のとれる連絡先 | 【TEL】090-5555-×××× 【メール】yoshiko@gmail.comcom |

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<br>被保険者の 住所<br>氏名<br>代理人の 住所<br>氏名 |

（いずれかにご記入ください）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 出産年月日 | 令和 年 月 日 | 出産者氏名 | |

◆申請書記入上のご注意

①被保険者証の記号と番号をご記入ください。枝番は記入不要です。

②この欄は、被保険者であった方が資格を喪失した後に出産して請求する場合に、出産日当日に加入している健康保険について確認するものです。
※会社を退職した後、６カ月以内に出産した場合、在職時に加入していた健康保険（１年以上加入の場合）から給付を受けるか、現在加入している健康保険から給付を受けるか、どちらかを選択していただくことになります。重複しての給付はされません。
なお、重複請求確認のため、⑥欄に「はい」と答えた場合、現在加入している健康保険に請求の有無を確認することがあります。

③「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・助産師または市区村町長が証明する欄」に証明を受けてください。

④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できませんので、ご注意ください。

⑤給付金の振込エラー等があった場合、健保組合よりご連絡をする場合がありますので、日中連絡の取れるご連絡先をご記入ください。

◆添付書類

①医療機関との【直接支払制度合意文書】の写し

直接支払制度利用の有無と、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〕の押印があり、退院時に発行されるもの

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

※取得した個人情報は、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。