

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 <input type="checkbox"/>		直接支払制度利用 <input type="checkbox"/>		資格喪失日	年 月 日

家族（被扶養者）が
出産した場合被保険者・**家族** 出産育児一時金（付加金）請求書

※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	5678	事業所名	(株)IMAGICA Lab.	
被保険者氏名	今鹿 太郎			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×-〇-△ 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	<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	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	今鹿 花子		家族の生年月日	昭和 平成	5年 4月 3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"/> 配偶者の扶養のため <input type="checkbox"/> その他（ ）	被保険者と 出生児の続柄	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。 <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。 <input checked="" 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 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	98765432・1						
③直接支払制度の利用	<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。				<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。
<input type="checkbox"/> 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。） ⑧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	三菱UFJ 銀行 五反田 支店 普通 0354792						
*被保険者名義・普通預金口座	口座名義 (カタカナ)	にイマジカ タロウ		振込エラーがあった場合	[TEL]	090-5555-△△△△	
				⑤確認のとれる連絡	[E-]	tarou@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						
	住所 被保険者の 氏名						
	住所 代理人の 氏名						

（市区町村長が証明または記入してください）	申請書記入上のご注意	週
	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。	日
	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場合、以前加入していた健康保険から給付を受けるか、現在加入しているイマジカ健保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、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
	「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。 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。 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。	日

◆添付書類

①医療機関との【直接支払制度合意書】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