

被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書

社内郵便番号	社内電話番号
×××	××-××××-××××
	ボイスネット: ××××-××××

提出先: 日本アイ・ビー・エム健康保険組合 (HZD-YY1)
〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証 の記号・番号	記号	× × × × × × × × × ×	番号	× × × × × × × × × ×	② 被保険者名	健保 弘		③ 印	(印)		
	④ 被保険者の住所	〒 ×××-×××× 〇〇県〇〇市〇〇町××-××-××				⑤ 事業所名(会社名) 任意継続/特例退職は記入不要	〇〇〇株式会社					
	⑥ 分娩年月日	平成××年××月××日				⑦ 死産の場合はその旨						
	⑧ 出産した医療機関	医療機関等の名称	△ △ 産婦人科病院				⑨ 産科医療補償制度に加入の医療機関ですか	(はい) ・ いいえ				
		医療機関等の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町××-××-××									
	⑩ 分娩者が被扶養者の場合	氏名	健保 恵子				生年月日	(昭和) ・ 平成××年××月××日				
	⑪ 出生児について	フリガナ	ケンボ アヤノ				生年月日	平成××年××月××日				
		氏名	健保 彩乃									
	⑫ 出生児が当健保の被扶養者かどうか	被扶養者で	(ある) ない		⑬ 出生児が被扶養者でないときはその理由							
	◆ 出産育児一時金は他の保険組合に重複して請求はできません ⑭ に該当する方は必ず記入してください											
	⑭ a. 以前に加入の他保険組合(国保/協会けんぽ含む)を資格喪失後、6ヶ月以内に出産をされた当健保組合の被保険者/被扶養者の方 b. または当健保組合を資格喪失した後6ヶ月以内に出産をされた方											
	a. 以前に加入されていた健康保険証の		名称(健保組合等)	○△×健康保険組合								
	b. 現在加入されている健康保険証の		記号・番号	×××-×××××				電話	×××-××××-××××			
	⑮ ⑭ に記入された場合は右欄に署名・捺印して下さい(被保険者名②の人)						署名	健保 弘		(印)		
	他健保からの出産育児一時金の非受領確認		他の保険組合から出産育児一時金は受領しません									

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る 欄	⑯ 分娩年月日	平成 年 月 日	⑰ 死産・生産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月 または 第 週)		
	⑱ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)				
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 こちらは医師または助産師に記入してもらってください 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 (印)					

注) IBM社員・関連会社社員の方は給与振込されます。また当健保組合を資格喪失された方は、喪失前の会社に振り込みされます。任意継続・特例退職の方は、申請された登録口座に振り込みされます。「医療費と給付金のお知らせ」に記載されますのでご確認をお願いします。

添付) 1. 直接支払制度を利用しない旨の合意文書のコピー (医療機関等から発行されます)
2. 出産費用の「領収・明細書」のコピー