

被保険者 家族 出産育児一時金支給 申請書【事前申請用】

社内郵便番号	社内電話番号
	ボイスネット:

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 理事長 殿
下記のとおり申請します。

提出先: 日本アイ・ビー・エム健康保険組合 (HZD-YY)
〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-2

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 の記号・番号	記号	番号	② 被保険者名	③ 印	
	④ 被保険者の住所	〒 -				
	⑤ 事業主名 (会社名) 任意継続/特例退職は記入不要				⑥ 出産予定日	平成 年 月 日
	⑦ 出産する方が 被扶養者の場合	氏名	生年月日			昭和・平成 年 月 日
	⑧ 出産する予定 の医療機関	名称	電話 ()	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	
	◆ 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 次に該当する方は必ず記入してください					
	⑩ 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ヶ月以内に出産を予定されている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ヶ月以内に出産を予定されている方					
	a. 直前まで加入されていた健康保険証の		名称(保険者名)			
	b. 現在加入されている健康保険証の		記号・番号	電話		
	⑪ ⑩に記入された方は右記に署名・捺印して下さい (被保険者名)			署名		
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			

被 保 険 者	甲は医療機関等である乙を代理人と定め、次の権限を委任します。 甲が日本アイ・ビー・エム健康保険組合に請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限42万円)の受領に関すること。(注7. 参照) 平成 年 月 日					
	⑫ 甲(被保険者)の住所	氏名 ㊟				
受 取 代 理 人 (医 療 機 関)	⑬ 乙(代理人)の住所	医療機関名称 ㊟				
		医療機関番号	電話番号			
	振込口座	銀行名	支店名		種別	普通・当座
		口座番号	(フリガナ) 名義			

【注】被保険者の方

1. 出産予定の医療機関等で受取代理の同意を得られない場合は、この制度は利用できません。また、海外で出産予定の方や出産費資金貸付制度を利用の方はこの受取代理制度は利用できません。
上記に該当される方は、「出産育児一時金(付加金)支給申請書」にて申請してください。
2. この申請書は、出産予定日までの1ヶ月以内になりましたら提出してください。
3. この申請書には「母子手帳」の写し(お名前と出産予定日のページ)を添付してください。
4. 当健保組合の出産育児一時金は、産科医療補償制度対象分娩の場合、1児につき42万円(資格喪失後の分娩の場合は39万円)が上限額となります。医療機関からの請求額が42万円未満の場合は、医療機関に請求額を支払い、差額は⑤に記載の事業主または被保険者に支払います。
5. 差額は、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。
6. この申請書記載の医療機関以外で出産することになった場合は、速やかに当健保組合へご連絡ください。

医療機関の方

7. 当健保組合の出産育児一時金は、産科医療補償制度対象分娩の場合、1児につき42万円(資格喪失後の分娩の場合は39万円)が上限額となります。医療機関からの請求額が42万円以上の場合は、医療機関に上限額42万円をお支払いします。医療機関からの請求額が42万円未満の場合は、医療機関に請求額をお支払いします。
8. 受取代理払いを受付しましたら、当健保組合より書面にてお知らせします。