

提出日: 令和××年××月××日

被保険者  
家族

## 出産育児一時金支給申請書

電話番号

××-××××-××××

提出先: 日本アイ・ビー・エム健康保険組合

下記のとおり申請します。

〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2

Daiwaリバーゲート南ウイング10階

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)	〇〇株式会社				
	⑥ 出産年月日	令和××年××月××日				⑦ 死産の場合 妊娠からの週数 及び日数	満 週 ( ) 日 死産の場合は⑩~⑬は記入不要				
	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 出産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	令和××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 b. 現在加入されている健康保険証の	名称 (健保組合等)	〇△×健康保険組合								
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									印	

証 明 欄 (い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い)	医師・助産師の場合	出産者氏名				出産年月日	令和	年	月	日	
	市区町村長の場合	出生児の数	単胎・多胎( 児)			生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 満 週( ) 日				
		上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の所在地									
		医療施設の名称									
	令和 年 月 日 医師・助産師の氏名										
証明欄は医師または助産師に証明をいただくか、お住まいの市区町村長の証明をいただってください。											
本籍											
母の氏名											
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します。 市区町村長名											
令和 年 月 日											

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、資格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