

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			③ 印			
	④ 被保険者の住所	〒			⑤ 事業所名(会社名) <small>任意継続/特例退職は記入不要</small>					
	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 <small>死産の場合は⑩～⑬は記入不要</small>			
	⑧ 出産した医療機関	医療機関等 の名称				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								
	⑩ 出産者が被扶 養者の場合	氏名				生年月日	昭和・平成	年	月	日
	⑪ 出生児 について	フリガナ				生年月日	令和	年	月	日
		氏名								
	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)							
	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)									
	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			署名			⑯	

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
		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			⑰
市区町村長の場合	本籍				筆頭者 氏名				
	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								⑱
	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