

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	電話番号

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
〒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 被保険者の住所	〒			④ 事業主名(会社名) 任意継続/特例退職は記入不要	
	⑤ 出産予定日	令和	年	月	日	
	⑥ 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	
	⑦ 出産する予定の 医療機関	医療機関等 の名称		医療機関等 の所在地	〒	
		産科医療補償制度	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 非加入			
	◆ 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					
	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康組合の被保険者/被扶養 b. または当健康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					
	⑧ a. 直前まで入っていた健康保険の b. または現在加入されている健康保険 の	名称(健保組合等)	〒			
		所在地	〒			
		記号・番号	電話			
⑧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)					㊞	
⑨ 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	

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50万円)の受療に関すること					
受 取 代 理 人 (医 療 機 関)	住所	令和				年 月 日
	甲(被保険者)の 氏名					㊞
	住所					
	医療機関名称					㊞
	乙(代理人)の 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】被保険者の方へ

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「母子健康手帳」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. 当健康保険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50万円が上限となります。
医療機関からの請求額が50万円未満の場合は、医療機関に請求額を支払い、差額は被保険者宛に支払います。
5. 差額は現役社員の方は所属会社より給与受取口座へ振り込まれます。また当健康保険組合の資格喪失後6ヶ月以内に出産された方は喪失前の所属会社から給与受取口座へ振り込まれます。
ただし、任意継続被保険者・特例退職被保険者の方は当健康保険組合に登録された口座に振り込まれます。
6. この申請書記載の医療機関以外で出産することとなった場合は、速やかに当健康保険組合へご連絡ください。

医療機関の方へ

1. 当健康保険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50万円が上限となります。
医療機関からの請求額が50万円以上の場合は、医療機関に上限額50万円をお支払いします。
医療機関からの請求額が50万円未満の場合は、医療機関に請求額をお支払いします。
2. 当該申請を受付後、当健康保険組合より「出産育児一時金等の受取代理請求書の受付について(報告)」および「分娩費請求書等(写し)の送付について」を医療機関宛にお送りいたします。