

支 払 決 定 伺

(秘密)

資格	取得 年 月 日	支払金額 ¥	担当	事務長	常務理事
	喪失 年 月 日	支払内訳 出産育児一時金 ¥			
分娩日 令和 年 月 日		同付加金 ¥	台帳	会計	
家族認定日 年 月 日		支払制度 直接 / 代理 / 無			
<input type="checkbox"/> 106条該当		産科医療補償制度 有 / 無	決裁 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 単胎 / <input type="checkbox"/> 多胎(児)					

被保険者
家 族

出 産 育 児 一 時 金 ・ 出 産 育 児 付 加 金 支 給 請 求 書

令 和 年 月 日

請 求 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号		被保険者 氏 名		印	
	被保険者現住所	(〒 -) ※ 育児雑誌送付希望の方は、日本国内の住所も併せてご記入ください。 ←				
	事業所の名称		所属			
			トール(外線)			
	分娩日	平成 令和 年 月 日	生産 の別 死産	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産	
	入院して分娩したとき	病院または産院名				
		所在地				
	家族が分娩したとき	(フリガナ) 家族氏名	家族 生年月日	昭和 平成 年 月 日	歳	
	出生児の氏名		出生児 の続柄	出生児は 被扶養者か	被扶養者で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	出生児が被扶養者 でないとき	<input type="checkbox"/> 夫の扶養に入る為 <input type="checkbox"/> その他()	出生児は 第1子か	<input type="checkbox"/> 第1子(育児誌を希望) 発送先は日本国内のみ <input type="checkbox"/> 第1子(育児誌は不要) <input type="checkbox"/> 第1子以外		
重複 請求 不可 の 確 認 欄	<p>この請求は、被保険者が配偶者のいずれか一方にしか請求できません。 その確認のため、下記に該当される場合は署名・捺印をお願いします。</p> <p>1. 被保険者がオムロンを退職後、6ヵ月以内に出産し、オムロン健保へ請求される場合 2. 配偶者がオムロン健保の被扶養者に認定され、認定後6ヵ月以内に出産し、オムロン健保へ請求される場合</p> <p>上記に該当しますが、他の社会保険(共済含)には重複して請求は致しません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 (被保険者氏名) 印</p>					
(退社(予定)者記入欄) 振込希望銀行	振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 支店				
	口座の名義 (カタカナ)	(TEL) () -				
	口座番号	普通 No.				
医師・ 助産 婦記 入欄	分娩日	平成 令和 年 月 日		生産 の別 死産	単胎 の別 多胎	
		生産・死産⇒ 月(日) 妊娠 4ヶ月(85日)以上が対象		単胎・多胎(児)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日	住 所 医師または助産婦の 病院名 氏 名 印				

※ 記載上の注意

< 請求者記入欄 >

1. 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○でかこんでください。
2. この請求は、被保険者か配偶者いずれか一方しか提出できません。
3. 第1子出生の被保険者または、被扶養者(出生日現在)で希望の方に、一時金請求処理後1年間は育児誌「月刊 赤ちゃん和妈妈」を、さらにその後1年間は「1・2・3歳」(年4回)をお届けします。
希望者は、『出生児は第1子か』の欄の「第1子(育児誌を希望)」を選択してください。
(未記入の場合、育児誌は不要と判断しますのでご注意ください。)

< 医師・助産婦記入欄 >

1. 生産・死産の該当する文字を○でかこみ、死産の場合は妊娠何ヵ月目であったかを記入してください。
2. 単胎・多胎の別の該当する文字を○でかこみ、多胎の場合は、何児出産されたかを記入してください。

◎「支給決定」は、『医療費のお知らせ』に掲載します。

【添付書類】

直接支払制度を利用し、病院の請求金額が42万円(※)以上の場合

・医療機関等から交付される直接支払制度利用の合意文書の写しのみ
(本請求書の「医師・助産婦記入欄」の証明は不要)

直接支払制度を利用しなかった場合

・直接支払制度を利用しない旨の「直接支払制度利用の合意文書」の写し
・本請求書の「医師・助産婦記入欄」への証明
・出産費用の領収・明細書の写し
(「直接支払制度を用いていない旨」の記載、および「産科医療補償制度加入を証するスタンプ」押印されたもの)

※42万円は産科医療補償制度加入時の金額です。

未加入の場合や加入が確認できない時は39万円となります。直接支払制度利用の場合、給付時期(適用事業所への一括給付)は医療機関等からの請求後になることがあります。