

支給決定伺

資格	取得 年 月 日	支給金額 ¥		担当	事務長	常務理事
	喪失 年 月 日	内 訳	代理受領額 ¥	決裁 年 月 日		
	家族認定 年 月 日		内払金 ¥ 付加金 ¥	台帳	会計	
	<input type="checkbox"/> 106条該当	産科医療補償制度 有 / 無				
分娩日 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 単胎 / <input type="checkbox"/> 多胎(児)		出産者年齢		

**被保険者
家 族**

出産育児一時金等 内払金支払依頼書

オムロン健康保険組合 理事長様

令和 年 月 日

請 求 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(印)	
	被保険者 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。 ←				
	事業所名称 (略称)			所属		
				トール (外線)		
	家族が 分娩した時のみ	フリガナ	家族生年月日		昭和 年 月 日 歳	
		家族氏名	平成			
	退職者のみ (振込先金融機関)	銀行 信用金庫 農業協同組合	口座名義 (カタカナ)			
		支店	口座番号	普通 No.		
			TEL	() -		
	出生児の氏名	出生児の続柄	出生日	生産・死産の別		
		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産			
出生児が被扶養者で無い時(理由)	出生児は	○ 第1子(育児誌を希望) 発送先は日本国内のみ				
<input type="checkbox"/> 夫の扶養に入るため	第1子か	○ 第1子(育児誌は不要)				
<input type="checkbox"/> その他()		○ 第1子以外				

【添付書類】

1. 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
2. 医療機関等が発行する領収・明細書の写し(「直接支払制度の専用請求書の内容と相違ない旨」の記載があるもの)

※ 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。)

◎「支給決定」は、『医療費のお知らせ』に掲載します。

※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。