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	
	□ 106 条該当	産科医療補償制度　有 ／ 無				
分娩日　平成　年　月　日		□ 単胎 ／ □ 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

書類の提出日

オムロン健康保険組合 理事長様　　　　平成 22 年 5 月 10 日

請求者記入欄				
保険証の記号・番号	記号 10	番号 101111	被保険者氏名	保険 納子　印
被保険者住所	（〒 600 ー 8530 ） 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町 801 ※ 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）	オムロン株式会社 （K）		所 属	健保
			トール（外 線）	7-211-XXXX

朱印を忘れずに

OC の場合はロケも記載

家族が分娩した時のみ	フリガナ 家族氏名	家族生年月日 昭和／平成　年　月　日　歳

退職者のみ（振込先金融機関）	銀行／信用金庫／農業協同組合 支店	口座名義（カタカナ）	
		口座番号	普通 No.
		TEL	（　　）　ー

本人退職や死亡のタイミングで申請する場合のみ記載

「子」ではなく続柄を明記

出生児の氏名 ホケン　リョウ 保険　凌	出生児の続柄 長男	出生日 平成 22 年 4 月 28 日	生産・死産の別 ■生産　□死産

出生児が被扶養者で無い時（理由）	出生児は第 1 子か	
■ 夫の扶養に入るため □ その他（　　）		● 第 1 子 （育児誌を希望） 発送先は日本国内のみ ○ 第 1 子 （育児誌は不要） ○ 第 1 子以外

第1子のみ希望者には育児誌を無料で送付しています

【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」を〇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　赤ちゃんとママ」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。