

支 払 決 定 伺

(秘密)

資 格	取得 年 月 日	支払金額 ¥	常務理事	事務長	担当
	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		
家族認定日	年 月 日	支払制度 直接 / 代理 / 無			
<input type="checkbox"/> 単胎 / <input type="checkbox"/> 多胎(児)		産科医療補償制度 有 / 無	<input type="checkbox"/> 106条該当		

○ 被保険者 出産育児一時金・出産育児付加金支給請求書
○ 家 族

令和 年 月 日 ○がついている項目は、いずれかを選択してください

請 求 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号		被保険者 氏 名	* 自署の場合は押印不要 印		
	事業所の名称 (OCはロケ)			所属 <small>(自身の所属部門)</small>		
	連絡のとれる連絡先	電話 番号	<input type="checkbox"/> 社用 <input type="checkbox"/> 個人	メール アドレス		
	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。 ←				
	分娩日	令和 年 月 日	生産 の別 死産	<input type="radio"/> 生産	<input type="radio"/> 死産	*妊娠 4ヶ月(85日) 以上が対象
	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	<input type="radio"/> 昭和 年 月 日 歳 <input type="radio"/> 平成		
	出生児は被扶養者か	被扶養者で <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない	出生児が被扶養者 でないとき	<input type="radio"/> 夫の扶養に入るため <input type="radio"/> その他 ()		
	出生児は第1子か	<input type="radio"/> 第1子(育児誌を希望) 発送先は日本国内のみ <input type="radio"/> 第1子(育児誌は不要) <input type="radio"/> 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か月以内に出産し、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か月以内に出産し、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(共済合)には重複して請求は致しません。</p> <p style="text-align: right;">* 自署の場合は押印不要</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			支店名		
	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	令和 年 月 日				
	生産 の別 死産	生産・死産⇒ 月(日) 妊娠 4ヶ月(85日) 以上が対象	単胎 の別 多胎	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」に○をつけてください。
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！」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。

◎支給金額は、『医療費のお知らせ』と『給付金支給決定通知書』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50万円(※)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(下記の条件を満たしているもの)
①「直接支払制度を用いていない旨」の記載があること
②「産科医療補償制度加入を証するスタンプ」の押印があるもの、もしくは制度加入「対象」の文言と「産科医療補償制度掛金」に金額が記載されたもの

※50万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 48.8 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。