

支給決定伺

(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	代理受領額	¥			
	分娩日	令和 年 月 日	内 訳	内払金 ¥	台帳		
	家族認定日	年 月 日		付加金 ¥			
<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
家 族

出産育児一時金等 内払金支払依頼書

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
	被保険者現住所	(〒 -)						
	事業所の名称			所属				
				トール(外線)				
	分娩日	令和 年 月 日	生産の別	死産	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 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	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	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。 <ol style="list-style-type: none"> 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 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 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。							
	令和 年 月 日		(被保険者氏名)				印 * 自署の場合は押印不要	
(退社(予定)者記入欄) 振込希望銀行	振込先 金融機関名	銀行 支店						
	口座の名義 (カタカナ)	信用金庫 (TEL) () -						
	口座番号	普通 No.						

【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。