

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	代理受領額 ¥			
分娩日	令和	年	月	日	内訳	台帳		
家族認定日	年	月	日	内払金 ¥ 付加金 ¥				
☐ 被保険者 ☒ 家族					産科医療補償制度	被保険者氏名欄 氏名をExcelに入力した場合は押印必要 自署の場合は押印不要		
どちらかに○をつけてください					有 / 無			

出産育児一時金等 内払金支払依頼書

書類の提出日 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

被保険者証 記号・番号	○○—○○○○○○		被保険者 氏 名	健保 太郎		印
事業所の名称 (OCはロケ)	オムロン株式会社(K)		所属	健保		
連絡のとれる連絡先	電話 番号	000-0000-0000	☒ 社用 ☐ 個人	メール アドレス	taro-kenpo@omron.com	
被保険者現住所	〒 600 — 8530 京都市下京区塩小路通堀川東入					
※ 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。						
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	生産の別 死産	☒ 生産 ☐ 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	○○○病院				
家族が分娩したとき	(フリガナ) 家族氏名	ケンポ ハナコ 健保 花子	家族 生年月日	☐ 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 歳 ☒ 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 歳		
出生児は被扶養者か	被扶養者で	☐ ある ☒ ない	出生児が被扶養者 でないとき	☒ 夫の扶養に入るため ☐ その他 ()		
出生児は第1子か	☒ 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					
重複請求不可の確認欄	この請求は、被保険者か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。 1. 被保険者がオムロンを退職後、6カ月以内に出生し、オムロン健保 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カ月以内 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) 健保 太郎 印						
(退社(予定)者記入欄) 振込希望銀行	振込先 金融機関名	御室銀行		支店名	京都支店	
	口座の名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ	TEL	000-0000-0000		
	口座番号	普通 No. 00000000				

本人退職や死亡のタイミングで申請する場合のみ記入してください

【添付書類】

- 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
- 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」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。)

◎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。

※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。