支 払 決 定 伺

																(7	秘密)
資	取得 年		月		日	支払金額 ¥					常務	理事	事務長		担当		
格	喪失年		月	月 日			代理受 ¥	:領額									
分娩	E日 令和	年	月	日		内				台帳	Į.						
家族	認定日	<u> </u>				訳	付加金										
	187	年	月日			 産科医療保障制度				呆険者			1 11 A	/_L.4m	ro v a		
	25	らかにこ	をつけて	をつけてください			有 / 無			氏名をExcelに入力した場合は <mark>押印必要</mark> 自署の場合は押印不要						<u></u>	
	○ ●	被保険家	者 族	出産	育児	∄—	時金	等	内	払玄	全支	么依	頼書				
書類の提出日 今和 〇 年 〇 月 ○ 日 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○															さい		
	被保険者	·証			J		Ĭ.	皮保険	Ŭ		_	/7 .	/p +			排印不要	
	記号・番号		00-			一					挺	健保 太郎 				印	
	事業所の (OCはログ		7	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	000-0000-00			OO □ 社用 □ 個人				ノール ドレス		taro-kenpo@omron.com				<u>L</u>
	被保険者現場			〒 600 — 8530													
	での場合はロケも 記載してください		※ 育児	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	1							E の別	別 ● 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	〇〇〇病院											3.		
			所在地			京都市右京区御室〇一〇											
	家族が分	娩したとき				ンポ ハナコ 家族 保 花子 生年月日				1							歳
入	出生児は被扶養者か		被扶養者	被扶養者で			ある 出生児が被扶養者										
欄	田工元は		(a)	第1子		ない でないとき ○ そ 記を希望) 発送先は日本国内のみ -				の他							
	出生児は第1子か		0	第1子 第1子		見誌は不要)				- 子のみ希望者には育児誌を無料で配							
	重この	請求は、被係							付しています								
	複 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。																
	求 1. 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 不 2 配偶者がオムロン健保の被共業者に認定され、認定後6ヵ月以 氏名をExcellこ入力した場合は押印必要														要		
	可																
	認欄	令和	0	日 (被保険者氏名)					*自署の場合は押印不要 建保 太郎 印								
100	-			振 込 先 金融機関名				御室銀行				吉名	ЖД	京都		-	
	社(予定)者 2希望銀行		口座の	名義		ケン	ポータロウ					00	0-000-0				0
1/区入	△布 主		(カタカ) 口座番		普通	No.			000	00							
			本人追	退職や	死亡	のタ	イミン	グで	申請す	する	場合の	み記	入して	ください			
【添付	計書類 】		, , , ,,,	_ ,,,,					. ни	.	J. H •	- но	. ,				
1. 医	療機関等	から交付され	ιる直接支	払制度	利用σ	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」に〇をつけてください。
- 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「赤ちゃんと!」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。