

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	内払金 ¥	台帳		
家族認定日 年 月 日		付加金 ¥			
□ 単胎 / □ 多胎(児)		産科医療補償制度 有 / 無	□ 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

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
消える筆記具(鉛筆、フリクションペン等)は使用不可

請 求 者 記 入 欄	被保険者等の 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		
	連絡のとれる連絡先	電話 番号	□ 社用 □ 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	○ 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					
		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 年 月 日 歳 ○ 平成	
	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。 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) * 自署の場合は押印不要 印						
(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.				

【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。