

支払決定伺

(秘密)

資	取得	年	月	日	支払金額	常務理事	事務長	担当
格	健康保険の記号・番号の確認方法は、 オムロン健保HP「よくあるご質問」 をご参照ください。 【全般】>健康保険の加入情報(記号・番号)はどこから見れますか？							
分	年					月	日	
家	どちらかに○をつけてください					産科医療補償制度	有 / 無	

- 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

書類の提出日

※ 自署の場合は押印不要
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

被保険者等の 記号・番号	○○—○○○○○○○		被保険者 氏 名	健保 太郎		* 自署の場合は押印不要 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。						
求	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	入院して分娩したとき	病院または産院名	○○○病院				
者	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 ● 平成	○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 歳	
記	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 ()		
入	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					
欄	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か月以内に出生し、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か月以内 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	0000-0000-0000	
		口座番号	普通 No. 00000000				

【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。