

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	支払内訳 出産育児一時金 ¥			
分娩日 令和 年 月 日	同付加金 ¥	台帳		
家族認定日 年 月 日	支払制度 直接 / 代理 / 無			
	産科医療補償制度 有 / 無			

どちらかに○をつけてください

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

- 被保険者
- 家族

出産育児一時金・出産育児付加金支給請求書

書類の提出日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○がついている項目は、いずれかに入力してください

被保険者証 記号・番号	○○-○○○○○○	被保険者 氏名	健保 太郎	
事業所の名称 (OCはロケ)	オムロン株式会社(K)		所属 (自身の所属部門)	IAB
連絡のとれる連絡 電話番号	000-0000-0000	<input checked="" type="checkbox"/> 社用 <input type="checkbox"/> 個人	メール アドレス	taro-kenpo@omron.com
OCの場合はロケも 記載してください	〒 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。			
分娩日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	生産の別 死産	<input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 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		
	所在地	京都市右京区御室○-○		
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	<input type="radio"/> 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 歳 <input checked="" type="radio"/> 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 歳
出生児は被扶養者か	被扶養者で <input type="radio"/> ある <input checked="" type="radio"/> ない	出生児が被扶養者 でないとき	<input checked="" type="radio"/> 夫の扶養に入るため <input type="radio"/> その他 ()	
出生児は第1子か	<input checked="" type="radio"/> 第1子(育児誌を希望) 発送先は日本国内のみ <input type="radio"/> 第1子(育児誌は不要) <input type="radio"/> 第1子以外			
重複 請求	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。			
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	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			
認 欄	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	○○○-○○○○-○○○○
	口座番号	普通 No. ○○○○○○		
医師・ 助産婦 記入欄	分娩日	令和 年 月	直接支払制度を利用しない場合は必ず記入し てもらってください。記入がないと一時金は支 給されません。	
	生産の別 死産	生産・死産⇒ ヶ月() 妊娠 4ヶ月(85日)以 上記のとおり相違ないことを証明します。		
	令和 年 月 日	住所 病院名 氏名	医師または助産師 の押印要	

第一子のみ希望者には育児誌を無料で配
付しています

直接支払制度を利用しない場合は必ず記入し
てもらってください。記入がないと一時金は支
給されません。

印

※ 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。)

< 医師・助産婦記入欄 >

1. 生産・死産の該当する文字を○でかこみ、死産の場合は妊娠何ヵ月目であったかを記入してください。
2. 単胎・多胎の別の該当する文字を○でかこみ、多胎の場合は、何児出産されたかを記入してください。

◎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。

【添付書類】

直接支払制度を利用し、病院の請求金額が50万円(※)以上の場合

・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のみ
(本請求書の「医師・助産婦記入欄」の証明は不要)

直接支払制度を利用しなかった場合

・直接支払制度を利用しない旨の「直接支払制度利用の合意文書」の写し
・本請求書の「医師・助産婦記入欄」への証明
・出産費用の領収・明細書の写し(下記の条件を満たしているもの)
①「直接支払制度を用いていない旨」の記載があること
②「産科医療補償制度加入を証するスタンプ」の押印があるもの、もしくは制度加入「対象」の文言と「産科医療補償制度掛金」に金額が記載されたもの

※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。