

被保険者記号・番号	記号	100	番号	99999	事務所の名称	オリックス〇〇株式会社
被保険者氏名	健保 太郎				被保険者の生年月日 (和 暦)	昭和・平成 5 年 5 月 5 日
配偶者が 分娩した場合	氏名	健保 花子			配偶者の生年月日 (和 暦)	昭和・平成 7 年 8 月 5 日
分娩年月日	令和 1 年 10 月 1 日				死亡のときはその旨	
分娩した場所	〇〇産婦人科					
出生児の氏名	健保 まこ			出生児は被扶養者で <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 (いずれかに○)		
出生児が被扶養者でない場合その理由						
他制度から給付を受けているかどうか	受けている ・ <input checked="" type="radio"/> 受けていない (いずれかに○)					
振込希望銀行 (被保険者名義)	〇〇 銀行 □□□ 支店 <input checked="" type="radio"/> 普通 当座 □座番号:1234567 □座名義(カカナ): ケンポ タロウ					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>令和 1 年 5 月 1 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p>オリックスグループ健康保険組合理事長 殿 氏 名</p>						

* 医師・助産婦又は市区町村長 証明する欄	分娩年月日	平成・令和 年 月 日	出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)
	生産の別 死産	生産 ・ 死産(妊娠第 月又は 週 日)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 市区町村長名			

委任状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	平成・令和 年 月 日	被保険者	住所 氏名
		代理人	住所 氏名
※			

※直接払い制度を利用した場合は、差額請求分(出産費用が42万円未満の場合)・付加金につきましても、申請不要です。
(出産データに基づき、出産月の3ヶ月後目安に給与口座に自動払い致します。)

※被保険者本人が署名する場合には、被保険者の押印は不要です。
※*欄については、母子手帳の写し(下記添付書類参照)でも可能です。

【添付書類チェック】 ※ご提出前にご確認ください。

- 領収書(産科医療補償制度加入済み医療機関で分娩した場合は、領収書に所定スタンプが押印されていること)
- 母子手帳の写し(市区町村が証明する頁『出生届出済証明』(妊婦の氏名・出生年月日の記載済みのもの)
- 直接払制度を利用しない旨を医療機関と取り交わした合意文書の写し
- 一時金不支給証明書(本人の退職及び家族の扶養認定が当健保6ヶ月以内の場合)

<健康保険組合処理欄>

<受付印>

常務理事	事務長	担当