

支給決定決議書									
決裁日付印	伺年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合
	支払年月日	年	月	日					
	支給額	円							
備考					資格	得	年	月	日
						喪	年	月	日
					被扶養者認定日		年	月	日

被保険者  
家 族

出産育児一時金請求書

コピー不可

年 月 日提出

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	1 XXXXX	被保険者の氏名	健康 太郎		
	被保険者の現住所	〒 XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇 1-1-1		電話番号	〇〇〇-△△△△-〇〇〇〇	
	事業所の名称	〇〇〇株式会社		出産した時の 標準報酬月額	〇〇〇千円	
	出産した年月日	(和暦) ●● XX 年 5 月 5 日		死産のときは その旨		
	入院して出産した時 は、その病・産院の	名称	〇〇〇総合病院	妊娠経過期間	妊娠 〇ヶ月・週	
		所在地	東京都〇〇区〇〇1-1-1			
	被扶養者が出産した場合 の請求のときはその者の	氏名	健康 華子	生年月日	●● XX 年 3 月 3 日生	
	出生児の氏名	フリガナ ケンコウ タクヤ 健康 卓也	被保険者と 出生児の関係	長男	出生児が被保険 者の扶養者で	
	出生児が被保険者 の被扶養者でないとき はその理由	備考				
	振込希望の金融機関	〇〇〇 銀行 △△△ 支店 (普通・当座)		口座番号: XXXXXXXX 口座名義: ケンコウ タロウ		
	・資格喪失後、家族の被扶養者になったときは、その被保険証の		保険者名			
	・被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の		記号	番号		
町 医 師 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	年	月	日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 〇ヶ月・週)
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )		備考		
	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 印 電話番号					
委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者 (請求者)	住 所 名 前	印			
	代 理 人	住 所 名 前	印		委任者と代理 人との関係	
備 考	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 被保険者のマイナンバー記載欄					
領 収 書	金 円也領収いたしました。 令和 年 月 日 SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合理事長 殿 氏名 印				受付日付印	

● 下記の書類を添付して下さい

- ① 医療機関から交付される領収・明細書のコピー
- ② 医療機関と取り交わす、直接支払制度に伴う合意書のコピー

