

支給決定決議書							
決裁日付印	同年月日	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	得喪	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			被扶養者認定日		年 月 日	年 月 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	健康	
	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
	出生児が被保険者の 被扶養者で	ある ない	出生児が被保険者の 被扶養者でないときはその理由			
	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			
町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	・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 ・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	保険者名		記号	番号	
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

