

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	得喪	年 月 日		
					年 月 日		
			被扶養者認定日		年 月 日		

被保険者  
家 族

出産育児一時金等内払金(差額分)支払請求書

コピー不可

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	1 XXXXXXXX	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	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	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) ●● ××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 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	年 月 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	〇〇〇〇 銀行 △△△ 支店 (普通・当座) 口座番号: XXXXXXXXXX	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 ・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
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