

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		被保険者の氏名			印
	被保険者の現住所	〒		電話番号			
	事業所の名称			出産した時の 標準報酬月額			千円
	出産した年月日	(和暦) 年 月 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			妊娠経過期間	妊娠 ヶ月・週	
		所在地					
	被扶養者が出産した場合 の請求のときはその者の	氏名			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	銀行		支店 (普通・当座)			
		口座番号:		口座名義:			
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	} 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			
医 師 ・ 助 産 婦 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 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	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