

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 険 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 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			
	出生児の氏名	フリガナ				被保険者と 出生児の関係			出生児が被保険 者の扶養者で	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				備考					
	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:						
	・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 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	医師・助産婦 が証明する 市区	出生した年月日	年	月	日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 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