

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

年 月 日提出

コピー不可

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 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 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	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、 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等の			保険者名				
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					
備 考	被保険者等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