

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 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号と番号	1 XXXXXXX	被保険者の氏名	健康 太朗	健 康	
	被保険者の現住所	〒 XXX-XXXX 東京都○○区○○ 1-1-1			電話番号 ○○○-○○○○-○○○○	
	事業所の名称	○○○株式会社			出産した時の 標準報酬月額	
	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	○○○総合病院			妊娠経過期間
		所在地	東京都○○区○○ 1-1-1			妊娠 ケ月・週
	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	○○○○ 銀行 △△△ 口座番号: XXXXXXXXX	支店 (普通・当座) 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 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 收 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