

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 と こ ろ	被保険者等の 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:								
	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 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					

- 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

受付日付印