

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 術	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	被保険者等の 記号と番号	1 XXXXX	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	○○○千円	
	出産した年月日	(和暦) ●● XX 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 被扶養者が出産した場合の請求のときはその者の 出生児が被保険者の被扶養者で	名 称	○○○総合病院	妊娠経過期間	妊娠 ケ月・週	
		所在地	東京都○○区○○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 出生児が被保険者の被扶養者で	氏 名	健康 華子	生年月日	(●● XX 年 3 月 3 日生)	
	振込希望の金融機関	○○○ 銀行	△△△ 支店	(普通・当座)		
		口座番号: XXXXXXXX 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		
町医 村師 長・ が助 産明 婦す まると は市 区	出産した年月日	年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ケ月・週)		
	出生児の数	单 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					
	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					
委任状	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			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

