

支 給 決 定 決 議 書							
決裁日付印	同 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 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	
	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)●● 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	名 称	〇〇〇総合病院	妊娠経過期間	妊娠 〇月・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	●● XX 年 3 月 3 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 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 証 産 明 婦 す る ま た は 市 区 長 名	出産した年月日	年 月 日	生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 〇月・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

