

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	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	.....	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 ケ月・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 口座番号: 口座名義:			支店 (普通・当座)	
	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	} 記号		保険者名	番号	
町医師長・助産婦が証明するところ	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 印 電話番号 市区町村長名					
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	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			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收・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