

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 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 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			
町 医 村 師 長 が 助 証 明 す 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 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 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