

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

コピー不可

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 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:					
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				
備考	代理人	住所 名前			委任者と代理 人との関係				
	被保険者証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。				受付日付印				
	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