

受付印	支給決定			年 月 日	
	常務理事	事務長	担当者	(被・家)出産育児一時金	円
				出産育児一時金付加金	円

被保険者
家 族

出産育児一時金・出産育児一時金付加金 支給申請書

住友商事健康保険組合理事長

記入年月日 令和 ○年 ○月 ○日

記号・番号	1 — 123456	事業所の名称	○○○○(株)
被保険者名	住友 太郎 (印)	被保険者生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日 平成
被扶養者名 (被扶養者が出産の時)	住友 花子 続柄 妻	被扶養者生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日 平成
被保険者の住所 (国内で郵送物受領が可能な住所)	〒 104 - ×××× 東京都中央区晴海○-○-○	連絡先電話番号	連絡がつきやすい番号を記入 090-○○○○-○○○○ (自宅 ・ 会社 ・ 携帯)
出産した年月日	平成 ○年 ○月 ○日 令和	出産した人数	1
出生児の氏名	住友 次郎	出生児を被扶養者に	する・しない
出産者が被扶養者認定を受けた日から6ヶ月以内の出産であれば、以前加入していた健康保険組合名称と被保険者証の記号・番号(念書必要)	名称 ○△×健康保険組合	記号	22
出産者が資格喪失後の出産であれば、新たに加入した健康保険組合名称と被保険者証の記号・番号(念書必要)	名称	番号	56789

* 退職後6ヶ月以内の出産の方で 振込み金融機関を指定する場合(在職の方、任意継続の方は記入不要です)

銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	普通 当座	口座番号	口座名義 (フリガナ)
----------------	-----------------	----------	------	----------------

該当する場合はご記入の上、念書も提出して下さい。

扶養家族加入の手続も必要です

医師・助産師又は市区町村長の証明	出産した年月日	平成 ○年 ○月 ○日 令和	生産又は死産の別	生産 死産	妊娠第 又は第	39 週 ヶ月	出生児の数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 A 平成 ○年 ○月 ○日 〒104-×××× 医療機関の名称・所在地 東京都○○区○○1-2-3 医師・助産師名 ○○△△△ ○○○産科婦人科医院 (印) TEL: 03 (○○○○) ○○○○							
	本籍	筆頭者名						
	出生届出日	平成 年 月 日 令和	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日 令和			
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成・令和 年 月 日 市区町村長名 (印)								
C 母子手帳の出生届出済証明欄に証明をもらったものをコピー添付 (子の保護者情報欄はご自身で記入)								

【医師・助産師又は市区町村長に証明(A・B・Cのいずれか)をもらった上で下記の書類を添付してください】

- ①分娩医療機関等から交付される「出産育児一時金直接支払制度に関する合意文書」
- ②分娩医療機関等から交付される出産費用の「請求書兼領収証」等の写し (原本提出不要)
(産科医療補償制度に加入している分娩医療機関は、それを証する文言の印字やスタンプ等での明記必須)
- ③もし死産であった場合、分娩医療機関から交付される死産である旨の確証となるもの