

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 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 支給申請書
 家 族

住友商事健康保険組合理事長

記入年月日 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	—	事業所の 名称	
被保険者名	Ⓜ		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)	続柄		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)	〒 —	連絡先 電話番号	連絡がつきやすい番号を記入 (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	生産・死産 の別 生産 ・ 死産
出生児の氏名		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	記号 番号
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	記号 番号

* 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)	

→ A・B・Cのうち、いずれかの証明が必要

A	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	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。 平成・令和 年 月 日 医療機関の名称・所在地 医師・助産師名 Ⓜ TEL: ()							
	B	本籍		筆頭者名				
B	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 Ⓜ							
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