

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 (直接支払分との差額)	円
				出産育児一時金付加金	円

被保険者 **家 族** 出産育児一時金等 内払金(差額)支払依頼書
 出産育児一時金等付加金 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

被保険者証 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 平成	○年 ○月 ○日	
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 平成 ○年 ○月 ○日
被保険者の住所 (国内で郵送物受領 が可能な住所)	〒 104 — xxxx 東京都中央区晴海○-○-○	連絡先 電話番号	連絡が付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 令和 ○年 ○月 ○日	出産した人数	1	生産・死産 の別	生産 ・ 死産
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)

【添付していただく書類】

- 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)
 - ③分娩医療機関等から交付される「出産(分娩)費用明細書」等の写し (原本提出不要)
 - ④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認となるもの
- 注)産科医療補償制度に加入している分娩医療機関は、上記②または③のどちらかに、それを証する文言の印字や
スタンプ等での明記必須

該当する場合は「」記入の上、念書も提出してください。

扶養家族加入の手続も必要です