

被保険者
被扶養者

出産育児一時金支給申請書

申請日 令和※※年※※月※※日

被保険者証の記号と番号		被保険者(申請者)の氏名		生年月日	
記号 203	番号 0000	住友 花子		昭和 平成	※※年※※月※※日
所 属	※※支店 ※※課				
出産したのは、被保険者・被扶養者(家族)のどちらですか？			① 被保険者 2. 被扶養者(家族)		
被扶養者(家族)の場合、その方の	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月 日
出産した年月日	令和 ※※年 ※※月 ※※日	(フリガナ) 子の氏名	スミトモ ケンボ 住友 健保		
出生児数	1 人	死産の場合、死産児数 および妊娠経過期間	人・満 週		
出産した 医療機関等の	所在地 名称	大阪府大阪市北区中之島3-2-18 ※※病院 ☎ ※※ - ※※ - ※※			
直接支払制度利用の有無(どちらかに○)		有		無	

〔精算欄〕

直接支払制度利用「有」の方	直接支払制度利用「無」の方
① 出産育児一時金 500,000 円	医療機関への支払額 円
② 医療機関への支払額 円	支払額が500,000円を超える方は 上限 500,000円までの範囲内で 医療機関への支払額分を指定口座へ振込致します。
①-② 円	支払額が500,000円未満の方は、 医療機関への支払額全額と出産育児一時金の残額、 合計500,000円を指定口座へお振込致します。
医療機関への支払額が500,000円未満のときは、 出産育児一時金の残額を指定口座へお振込致します。	

添付書類

- ① 医療機関との直接支払制度についての確認書(写) ② 出産費用の領収書及び明細書(写)
(「産科医療保障制度加入機関」の押印があるもの)

〔出産育児一時金振込先(差引請求額がある場合)〕

金融機関名	銀行												
支店名	・本店 ・支店												
口座番号													普通預金
口座名義	(フリガナ)												

常務理事	事務長	係員

※振込先が被保険者(申請者)以外の場合は、委任状を添付してください。
※口座名義が旧姓の場合は、旧姓をご記入ください。