

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	所在地	大阪府大阪市北区中之島3-2-18			
医療機関等の	名 称	※※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医療機関への支払額 円	医療機関への支払額 650,000 円
②出産育児一時金 500,000 円	支払額が500,000円を超える方は
①-② 円	上限 500,000円までの範囲内で
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。	医療機関への支払額分を指定口座へ振込致します。
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。	
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	1	2	3	4	5	6	7	普通預金					
口座名義	(フリガナ) ス ミ ト モ ハ ナ コ												
	住友 花子												

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。