

< 記入例 (被保険者が出産した場合) >

被保険者
↑
家族

- ① 出産育児一時金(付加金)請求書
- ② 出産育児一時金内払金支払依頼書

本人の出産
⇒ 被保険者に○

窓口で出産費を全額支払った場合 ⇒ 出産育一時金(付加金)請求書にチェック

| | | | | |
|--|--|---|-------------------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 直接支払制度 利用の有無 | 直接支払制度を <input type="checkbox"/> 利用した → 自己負担あり ・ 自己負担なし <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない ※ ✓または○をつけてください | | |
| | 差額負担の有無 | | | |
| | 被保険者の 記号・番号 | 36 - 1111 | 事業所の名称 | SMBCファイナンスサービス(株) |
| | 分娩年月日 | 令和 ○年 5月 3日 | 生産・死産の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 生産・死産(妊娠 ヶ月) 週 |
| | 出産した病院 名称 | ○○産婦人科 | | |
| | 出産した病院 住所 | 東京都千代田区○○1-3-5 | | |
| | 被扶養者分娩であるとき その氏名・生年月日 | | | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 |
| | 振込希望の銀行 | 三井住友 銀行 | ○○ 支店 | 普通預金 |
| | (ゆうちょ銀行不可) No. 1234567 | 名義人 | (フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 | |
| | 振込先の名義人や申請者名は、 保険証名義と同一にしてください。 (社内姓 不可) | SMBCファイナンスサービス健康保険組合 殿 令和 ○年 5月 31日 | | |
| 住 所 | 〒 460 - **** | TEL | 052-310-**** | |
| 氏 名 | 健保 花子 | | | |
| 医 師 ・ 助 産 師 が 照 明 す る と こ ろ | 出 産 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 産科医療保障制度 | 加入・未加入 |
| | 生産・ 直接 出生 備 | <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p>■ 医師・助産師が証明するところ ■</p> <p>医師または助産師に証明をもらってください。</p> </div> | | |
| | 上 | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | |
| | 医 師 名 | | | |
| 助 産 師 名 | | | | |

【「医師・助産師が証明するところ」の証明省略について】

直接支払制度の利用者で、「医師・助産師が証明するところ」の証明項目が、出産費の領収書(明細書)より確認できる場合のみ、領収書(明細書)の写しを添付することで医師または助産師の証明を省略することができます。

【添付書類】

- 1 直接支払制度の利用に関する合意文書【写し】
直接支払い制度の利用の有無が記載された医療機関との合意文書です。
- 2 出産費の領収書【写し】
「医師・助産師が証明するところ」の証明を省略しない場合も領収書(写し)の添付は必須です。

＜ 記入例（被扶養者が出産した場合） ＞

被保険者

家 族

- ① 出産育児一時金(付加金)請求書
 ② 出産育児一時金内払金支払依頼書

家族の出産
⇒ 家族に○

窓口で出産費を全額支払った場合 ⇒ 出産育一時金(付加金)請求書にチェック

| | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------|------------------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 直接支払制度 利用の有無 | 直接支払制度を <input type="checkbox"/> 利用した → 自己負担あり ・ 自己負担なし <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない | | |
| | 差額負担の有無 | ※ ✓または○をつけてください | | |
| | 被保険者の 記号・番号 | 36 - 1111 | 事業所の名称 | SMBCファイナンスサービス(株) |
| | 分娩年月日 | 令和 ○年 5月 3日 | 生産・死産の別 | 生産・死産(妊娠 ヶ月) 週 |
| | 出産した病院 名称 | ○○産婦人科 | | |
| | 出産した病院 住所 | 東京都千代田区○○1-3-5 | | |
| | 被扶養者分娩であるとき その氏名・生年月日 | 健保花子 | 昭和 平成 | ○年 12月 1日 |
| | 振込希望の銀行 | 三井住友 銀行 | ○○ 支店 | 普通預金 |
| | (ゆうちょ銀行不可) No. | 1234567 | 名義人 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保太郎 |
| | 振込は、被保険者宛に行います。 | | | |
| 被保険者の | 令和 ○年 5月 31日 | | | |
| 住 所 | 〒 460 - **** | TEL | 052-310-**** | |
| 氏 名 | 健保太郎 | | | |
| 医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ | 出 産 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 産科医療保障制度 | 加入 ・ 未加入 |
| | 生 産 直 接 出 生 備 考 | ■ 医師・助産師が証明するところ ■ 医師または助産師に証明をもらってください。 | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | |
| | 医 師 名 | | | |
| | 助 産 師 名 | | | |

【「医師・助産師が証明するところ」の証明省略について】

直接支払制度の利用者で、「医師・助産師が証明するところ」の証明項目が、出産費の領収書(明細書)より確認できる場合のみ、領収書(明細書)の写しを添付することで医師または助産師の証明を省略することができます。

【添付書類】

- 直接支払制度の利用に関する合意文書【写し】**
直接支払い制度の利用の有無が記載された医療機関との合意文書です。
- 出産費の領収書【写し】**
「医師・助産師が証明するところ」の証明を省略しない場合も領収書(写し)の添付は必須です。