住友重機械健康保険組合 理事長 殿　　被保険者 → 事業所健保担当者 → 健保

健康保険　被保険者 ・ 家族

出産育児一時金 請求書

健保使用欄	受付年月日
受付 令和　年　月分	
支払年月日 令和　年　月　日	

月末最終稼働日までに健保に到着した請求書（原本）について
原則翌月に支給します。
書類に不備がある場合は、翌月に支給できない場合があります。
在職中の方は会社を経由してのご提出になりますので、すみやかにご提出ください。
この請求書に合わせて、下記の書類を添付ください。
①直接支払制度を利用しない旨の記載された合意文書の写し
②領収・明細書の写し（産科医療補償制度加入医療機関の場合はスタンプが押印されたもの）

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号 ××××	番号 ××××××	被保険者氏名	住重　健太		
生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日		事業所名	株式会社　〇〇〇〇		
被保険者住所	〒 141-×××× 東京都品川区大崎×－×－×					
出産した方の氏名続柄	住重　康子　続柄　妻		生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日		
出産年月日	令和 6 年 1 月 ×× 日		生産・死産の別	☑ 生産（妊娠　☐ 死産　週）	出生時の数	☑ 単胎 ☐ 多胎（　児）
出生児の氏名	住重　組子		性別	☐ 男 ☑ 女	続柄	長女

次に該当する場合は以下をご記入ください。
① 当健
② 当健

①当健保の被保険者期間が1年以上あり、当健保資格喪失後６ヶ月以内の場合は、現在加入の健康保険
②当健保の被扶養者認定前に被保険者期間が1年以上あり、扶養認定後6ヶ月以内に出産された方は、当健保加入前の健康保険

➡ ①②に該当する方のみご記入ください。
また、①に該当する方は振込先の金融機関情報もご記入ください。委任状欄は記入不要です。

保険者			####
振込先金融機関			普通預金
口座番号		※カタカナで記入	

※下記証明欄 「医師・助産師」 または 「市区町村長」 のいずれかの証明を受けてください。

医師・助産師証明欄

出産年月日	令和　年　月　日	生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 死産（妊娠　週　日	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。　令和　年　月　日

医療機関　所　在
名
医師・助

…してください。
…師の押印が必要です。
－

医師・助産師または市区町村長
に記入を依頼してください。

市区町村証明欄

本籍	
出生届出日	令和

上記のとおり相違ない　月　日

市 区 町 村 長 名　㊞

委任状

私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。
※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。

被保険者（申請者）	氏　名（自署）	住重　健太　住重　令和 6 年 2 月 ×× 日 ※自署できない場合は捺印が必要です。
代理人（事業主）	所在地 名　称 氏　名	この欄は会社が押印します。