

見本

出産費

家族出産費

請求書

共済組合決裁欄				
係員	合議	係長	事務局次長	事務局長

決定額	百万	千	円	
内 訳	<input type="checkbox"/> 直接支払制度			円
	<input type="checkbox"/> 出産費・家族出産費			円
	<input type="checkbox"/> 出産費附加金・家族出産費附加金			円

組合員の記入欄	組合員証	記号 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇	番号	組合員氏名 (本人)	共済 花子
	資格取得年月日	昭和 <u>平成</u> 25 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職者のみ)	平成 年 月 日	
	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課			電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 内線 △△△△△
	出産した人の氏名	共済 花子			続柄(本人)
	出産した人の 資格取得年月日 (本人除く)	令和 年 月 日	出産した年月日	令和 4 年 5 月 5 日	
	出産した場所	◇◇◇◇◇病院 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			死産の場合 妊娠 週目(日)
	共済組合加入前の状況について、次に該当する場合は項目に記入し、「不支給証明書」を添付してください。 なお、国民健康保険の場合は、「不支給証明書」は不要ですが、その場合は市区町村名を記入ください。				
	被扶養者が認定後6か月 以内に出産した場合	加入していた保険者の名称	加入していた者の氏名	加入していた期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	直接支払制度利用を「利用した」か「利用していない」かを該当するところに「○」をご記入し、添付書類を提出ください。				
	直接支払 制度利用 の有無	利用した (添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印があるものが必要です。	利用して いない (添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印があるものが必要です。 3. 医師・助産師の証明または市区町村長の証明(住民票) のどちらかが必要です。		

上記のとおり請求します。
川崎市職員共済組合理事長 様
令和 4 年 5 月 15 日
請求者 郵便番号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
(組合員) 住 所 川崎市〇〇区〇〇町〇番地
氏 名 共済 花子

証明欄	※「直接支払制度を利用した場合」はこの証明は不要です。				
	出産した人の氏名		出産した年月日	平成 年 月 日	
	生産又は死産の別	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します。 平成 年 月 日 所在地・医療機関名 医師・助産師の氏名				

(記入上の注意)

・ 字句を訂正するときは、誤った箇所に二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。

(添付書類)

- 合意(同意)文書の写し
- 領収明細書の写し(産科医療保障制度を利用の場合、スタンプ印及び内訳欄に掛金の記載のあるもの)
- 不支給証明書(該当する場合のみ)

見本

出産費

家族出産費

請求書

共済組合決裁欄				
係員	合議	係長	事務局次長	事務局長

決定額	百万	千	円	
内 訳	<input type="checkbox"/> 直接支払制度			円
	<input type="checkbox"/> 出産費・家族出産費			円
	<input type="checkbox"/> 出産費附加金・家族出産費附加金			円

組合員の記入欄	組合員証	記号 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇	番号	組合員氏名 (本人)	共済 花子
	資格取得年月日	昭和 <u>平成</u> 25 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職者のみ)	平成 年 月 日	
	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課		電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
				内線	△△△△△
	出産した人の氏名	共済 花子		続柄(本人)	
	出産した人の 資格取得年月日 (本人除く)	令和 年 月 日	出産した年月日	令和 4 年 5 月 5 日	
	出産した場所	◇◇◇◇◇病院		死産の場合	妊娠 週目(日)
		電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
	共済組合加入前の状況について、次に該当する場合は項目に記入し、「不支給証明書」を添付してください。 なお、国民健康保険の場合は、「不支給証明書」は不要ですが、その場合は市区町村名を記入ください。				
	被扶養者が認定後6か月 以内に出産した場合	加入していた保険者の名称	加入していた者の氏名	加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日

直接支払制度利用を「利用した」か「利用していない」かを該当するところに「○」をご記入し、添付書類を提出ください。

直接支払 制度利用 の有無	利用した (添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印があるものがが必要です。	利用して ない (添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印があるものがが必要です。 3. 医師・助産師の証明または市区町村長の証明(住民票) のどちらかが必要です。
---------------------	---	--

上記のとおり請求します。
川崎市職員共済組合理事長 様
令和 4 年 5 月 15 日
請求者 郵便番号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
(組合員) 住 所 川崎市〇〇区〇〇町〇番地
氏 名 共済 花子

※「直接支払制度を利用した場合」はこの証明は不要です。

証明欄	出産した人の氏名	共済 花子	出産した年月日	令和 4 年 5 月 5 日
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 39 週(4 日))	出生児の数	単胎・多胎(2 児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 4 年 5 月 10 日 所在地・医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇病院 医師・助産師の氏名 医師 △△△△△			

(記入上の注意)

・ 字句を訂正するときは、誤った箇所にも二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。

(添付書類)

- 合意(同意)文書の写し
- 領収明細書の写し(産科医療保障制度を利用の場合、スタンプ印及び内訳欄に掛金の記載のあるもの)
- 不支給証明書(該当する場合のみ)

見本

共済組合決裁欄				
係員	合議	係長	事務局次長	事務局長

出産費

家族出産費

請求書

決定額	百万	千	円	
内 訳	<input type="checkbox"/> 直接支払制度			円
	<input type="checkbox"/> 出産費・家族出産費			円
	<input type="checkbox"/> 出産費附加金・家族出産費附加金			円

組合員の記入欄	組合員証	記号 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇	番号	組合員氏名 (本人)	共済 太郎
	資格取得年月日	昭和 平成	25 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職者のみ)	平成 年 月 日
	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課			電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 内線 △△△△△
	出産した人の氏名	共済 花子 続柄(妻)			
	出産した人の 資格取得年月日 (本人除く)	平成 31 年 4 月 4 日	出産した年月日	令和 4 年 3 月 3 日	
	出産した場所	◇◇◇◇◇病院 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			死産の場合 妊娠 週目(日)
	共済組合加入前の状況について、次に該当する場合は項目に記入し、「不支給証明書」を添付してください。 なお、国民健康保険の場合は、「不支給証明書」は不要ですが、その場合は市区町村名を記入ください。				
	被扶養者が認定後6か月 以内に出産した場合	加入していた保険者の名称	加入していた者の氏名	加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	直接支払制度利用を「利用した」か「利用していない」かを該当するところに「○」をご記入し、添付書類を提出ください。				
	直接支払 制度利用 の有無	利用した	(添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印があるものが必要です。	利用して いない	(添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印があるものが必要です。 3. 医師・助産師の証明または市区町村長の証明(住民票) のどちらかが必要です。

上記のとおり請求します。
川崎市職員共済組合理事長 様
令和 4 年 5 月 15 日
請求者 郵便番号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
(組合員) 住 所 川崎市〇〇区〇〇町〇番地
氏 名 共済 太郎

証明欄	※「直接支払制度を利用した場合」はこの証明は不要です。				
	出産した人の氏名		出産した年月日	平成 年 月 日	
	生産又は死産の別	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します。 平成 年 月 日 所在地・医療機関名 医師・助産師の氏名				

(記入上の注意)

・ 字句を訂正するときは、誤った箇所にも二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。

(添付書類)

- 合意(同意)文書の写し
- 領収明細書の写し(産科医療保障制度を利用の場合、スタンプ印及び内訳欄に掛金の記載のあるもの)
- 不支給証明書(該当する場合のみ)

見本

共済組合決裁欄				
係員	合議	係長	事務局次長	事務局長

出産費

家族出産費

請求書

決定額	百万	千	円	
内 訳	<input type="checkbox"/> 直接支払制度			円
	<input type="checkbox"/> 出産費・家族出産費			円
	<input type="checkbox"/> 出産費附加金・家族出産費附加金			円

組合員の記入欄	組合員証	記号 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇〇	組合員氏名 (本人)	共済 太郎
	資格取得年月日	昭和 <u>平成</u> 25 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職者のみ)	平成 年 月 日	
	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課			電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 内線 △△△△△
	出産した人の氏名	共済 花子			続柄(妻)
	出産した人の 資格取得年月日 (本人除く)	令和 4 年 2 月 1 日	出産した年月日	令和 4 年 5 月 5 日	
	出産した場所	◇◇◇◇◇病院 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			出産した日6か月前までの加入が次のような場合 ① 共済または健保(～令和3年12月10日) ② 国保(令和3年12月11日～令和4年1月31日) ③ 当共済組合(令和4年2月1日～) 当組合及び国保以外の、①について記入してください
	共済組合加入前の状況について、次に該当する場合は項目に記入し、「不支給証明書」は不要ですが、その場合は「不支給証明書」は不要です。				
	被扶養者が認定後6か月以内に 出産した場合	加入していた保険者の名称 横浜市職員共済組合	加入していた者の氏名 共済 花子	加入していた期間 平成 27 年 4 月 1 日 ~ 令和 3 年 12 月 10 日	
	直接支払制度利用を「利用した」か「利用していない」かを該当するところに「○」をご記入し、添付書類を提出ください。				
	直接支払 制度利用 の有無	利用した (添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印がある必要があります。	利用して いない (添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印がある必要があります。 3. 医師・助産師の証明または市区町村長の証明(住民票) のどちらかが必要です。		

上記のとおり請求します。
川崎市職員共済組合理事長 様
令和 4 年 5 月 15 日
請求者 郵便番号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
(組合員) 住 所 川崎市〇〇区〇〇町〇番地
氏 名 共済 太郎

証明欄	※「直接支払制度を利用した場合」はこの証明は不要です。				
	出産した人の氏名		出産した年月日	平成 年 月 日	
	生産又は死産の別	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します。 平成 年 月 日 所在地・医療機関名 医師・助産師の氏名				

(記入上の注意)

・ 字句を訂正するときは、誤った箇所にも二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。

(添付書類)

- 合意(同意)文書の写し
- 領収明細書の写し(産科医療保障制度を利用の場合、スタンプ印及び内訳欄に掛金の記載のあるもの)
- 不支給証明書(該当する場合のみ)

見本

出産費

家族出産費

請求書

共済組合決裁欄				
係員	合議	係長	事務局次長	事務局長

決定額	百万	千	円	
内 訳	<input type="checkbox"/> 直接支払制度			円
	<input type="checkbox"/> 出産費・家族出産費			円
	<input type="checkbox"/> 出産費附加金・家族出産費附加金			円

組合員の記入欄	組合員証	記号 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇	番号	組合員氏名 (本人)	共済 太郎
	資格取得年月日	昭和 25 年 4 月 1 日 平成	資格喪失年月日 (退職者のみ)	平成 年 月 日	
	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課			電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 内線 △△△△△
	出産した人の氏名	共済 花子			続柄(妻)
	出産した人の 資格取得年月日 (本人除く)	令和 2 年 2 月 1 日	出産した年月日	令和 4 年 5 月 5 日	
	出産した場所	◇◇◇◇◇病院 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			死産の場合 妊娠 週目(日)
	共済組合加入前の状況について、次に該当する場合は項目に記入し、「不支給証明書」を添付してください。 なお、国民健康保険の場合は、「不支給証明書」は不要ですが、その場合は市区町村名を記入ください。				
	被扶養者が認定後6か月 以内に出産した場合	加入していた保険者の名称 横浜市職員共済組合	加入していた者の氏名 共済 花子	加入していた期間 平成 27 年 4 月 1 日 ~ 令和 3 年 12 月 10 日	
	直接支払制度利用を「利用した」か「利用していない」かを該当するところに「○」をご記入し、添付書類を提出ください。				
	直接支払 制度利用 の有無	利用した (添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印があるものが必要です。	利用して ない (添付書類) 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し 2. 出産費用の領収・明細書の写し ※産科医療補償制度にスタンプ印があるものが必要です。 3. 医師・助産師の証明または市区町村長の証明(住民票) のどちらかが必要です。		

上記のとおり請求します。
川崎市職員共済組合理事長 様
令和 4 年 5 月 15 日
請求者 郵便番号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
(組合員) 住 所 川崎市〇〇区〇〇町〇番地
氏 名 共済 太郎

証明欄	※「直接支払制度を利用した場合」はこの証明は不要です。			
	出産した人の氏名	共済 花子	出産した年月日	令和 4 年 5 月 5 日
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 39 週(4 日))	出生児の数	単胎・多胎(2 児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 4 年 5 月 10 日 所在地・医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇病院 医師・助産師の氏名 医師 △△△△△			

(記入上の注意)

・ 字句を訂正するときは、誤った箇所にも二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。

(添付書類)

- 合意(同意)文書の写し
- 領収明細書の写し(産科医療保障制度を利用の場合、スタンプ印及び内訳欄に掛金の記載のあるもの)
- 不支給証明書(該当する場合のみ)