

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

請求書

家族出産費

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	番号	組合員氏名 (本人)		
	資格取得年月日	年	月	日	資格喪失年月日 (退職者のみ)	
	所 属	電話 ( ) 内線				
	出産した人の氏名	続柄 ( )				
	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
	出産した場所	電話 ( )		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	<input checked="" type="radio"/> 利用した <small>(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。</small>		<input type="radio"/> 利用して ない <small>(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。</small>		
上記のとおり請求します。 川崎市職員共済組合理事長 様 年 月 日 請求者 郵便番号 〒 _____ (組合員) 住 所 _____ 自宅番号 ( ) _____ 氏 名 _____						
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	年	月	
	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。 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)

- 1 合意(同意)文書の写し
- 2 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)
- 3 不支給証明書(該当する場合のみ)