

出産費等 請求書

神戸市職員共済組合

組合員（請求者）が記入するところ	組合員証の 記号・番号	記号 番号	所 属	電 話				
	出産者の氏名	組合員(本人) ・ 組合員被扶養者(家族)		出 産 年月日	平成 ・ 令和	年 月 日		
	出生または死産の別	出生・死産・出生死産混在	出生児数	人	死産児数	人〔妊娠からの 週数及び日数 満 週 日〕		
	出生児の氏名 及び組合員 との続柄	組合員との続柄 ()		出産の場所	名 称 所在地			
	該当者のみ 記入して ください	組合員(本人)が退職後6か月 以内に出産した場合	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日		
		組合員被扶養者(家族)が 被扶養者認定後6か月以内 に出産した場合、認定前に加入 していた保険者の名称等	保険者の名称					
			被保険者(組合員) 記号・番号	記号 番号	資格喪失 年月日	年 月 日		
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 神戸市職員共済組合理事長 宛							
	住所 組合員(請求者)の 氏名 [自宅・携帯] 電話 () -							

《提出にあたっての注意事項》

- 添付書類を確認ください。
 - 直接支払制度を利用する ⇒ ①+②
 - 直接支払制度を利用しない ⇒ ①+②+③
 - ①医療機関等との「合意文書」のコピー
 - ②医療機関等が発行した出産費用の領収書及び明細書
(出産日・出産人数・産科医療保障制度の金額・代理受領額がわかるもの)
 - ③出生を証明するもの(下記のうちいずれか。コピー不可)
 - 裏面の証明欄に、医療機関等又は市区町村の窓口で証明をうけたもの
 - 医師または助産師が発行した出生証明書
 - 市区町村長が発行した戸籍謄本(抄本)
- 組合員被扶養者(家族)が出産した場合で、出産者が出産前6か月以内に他の健康保険の被保険者(組合員)であった場合は、以前加入されていた健康保険の保険者が発行する出産育児一時金(出産費)を支給しない旨の証明書を提出してください。ただし、この出産者が直接支払制度を利用する場合や、国民健康保険の被保険者であった場合、この証明書の提出は不要ですが、保険者の名称等を記入してください。
- 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」(様式 3-11)をあわせて提出してください。
組合員名義以外の口座への振り込みを希望する場合は、「給付金受取に関する委任状」(様式 3-17)をあわせて提出してください。

共済組合受付印

共 済 組 合 事 務 処 理 欄		
伺	事務局次長	医療係長
		係
下記のとおり決定する。 令和 年 月 日		
産科医療補償制度(適用・非適用)		直接支払制度(適用・非適用)
給付種別	医療機関への支給額	組合員への支給額
法定給付	円	円
附加給付		円
計	円	円

※直接支払制度を利用する場合には下記の証明は不要です。

		組合員証の 記号・番号	記号	番号
医師又は助産師の証明欄	出産者の氏名	生産又は死産の別	生産	(在胎週日)
	生年月日		昭和・平成 年 月 日	
	出産年月日	平成・令和 年 月 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。		令和 年 月 日	
出産した医療機関等の 名称・所在地及び 医師又は助産師の氏名				
市区町村長の証明欄	本籍	筆頭者氏名		
	出生児の母親の氏名及び生年月日	(氏名)	昭和・平成 年 月 日生	
	出生児の氏名	出生年月日	平成・令和 年 月 日	出生届出日 平成・令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日	
市区町村長名		(印)		

乳幼児等医療費助成制度についてのお知らせ

1. 乳幼児等の医療費助成制度がある市区町村にお住まいの方は、受診の際の自己負担額（小学生以上3割・小学校就学前2割）の全部又は一部が減免されます。助成を受けるためには、居住地の市区町村（神戸市の場合は区役所）への申請が必要となります。（所得制限等により助成が受けられない場合もあります。）
2. 神戸市職員共済組合では、制度対象年齢にあたる被扶養者については、原則として家族療養費附加金の支給を停止しております。このため、所得制限等の理由により助成が受けられない方や、制度のない市区町村にお住まいの方は、必ず神戸市職員共済組合へご連絡ください。
3. 乳幼児等医療費助成制度は、市区町村によって手続きの方法などが異なります。制度の詳細については、お住まいの市区町村にお問い合わせください。