

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 記号・番号	記号 1	所属	〇〇局〇〇課			
		番号 123456		電話 〇〇〇-〇〇〇〇			
	出産者の氏名	共済花子		組合員(本人)	出産年月日	令和 〇年 〇月 〇日	
		昭和・平成 5年 1月 1日生		組合員被扶養者(家族)			
	出生または死産の別	出生・死産・出生死産混在	出生児数	1人	死産児数	人	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	共済咲子		出生の場所	名称	共済クリニック	
		組合員との続柄 (長女)			所在地	神戸市中央区京町7番地	
	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 以内に出生した場合		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 に出生した場合、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 〇年 〇月 〇日			
神戸市職員共済組合理事長 宛							
住所		神戸市中央区加納町6丁目5-1					
組合員(請求者)の 氏名		共済花子					
		〔自宅・携帯〕電話 (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇					

《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)が出生した場合で、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)の手続きもおこなってください。
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		
事務局長	医療係長	係
伺		
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