

出産費等請求書(受取代理用)

神戸市職員共済組合

(出産育児一時金等支給申請書)

組合員(申請者)が記入するところ	組合員 記号・番号	記号 1	番号 123456	所属 〇〇局〇〇課	電話 〇〇〇-〇〇〇〇	
	出産予定者の 氏名及び 生年月日	共済花子 昭和(平成)5年1月1日生		組合員(本人) 組合員被扶養者(家族)	出産予定日・数 令和〇年〇月〇日 単・多(胎)	
	※ 出産費用が出産費(家族出産費)及び出産費附加金(家族出産費附加金)の合計額を下回った場合、その差額を登録済みの組合員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。					
	該当者のみ 記入してください	組合員(本人)が退職後6か月以内に出産する予定である場合、退職後に加入している保険者名と記号・番号	組合員被扶養者(家族)が被扶養者認定後6か月以内に出産する予定である場合、被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号	保険者名 記号 番号	保険者名 記号 番号	

※ 地方公務員等共済組合法第63条・健康保険法第106条等の規定により、1年以上組合員(健康保険の被保険者)であった方が退職(被保険者資格喪失)後6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産費(出産育児一時金)の支給を受けることができます。

申請者(共済花子)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(共済中央クリニック)(以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産費等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。甲が請求する出産費等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額*の受領に関する事。

* 出産費等の支給額(保険者が出産費等に係る附加給付を行う場合には、附加相当額を含む。)を上限とする。

令和〇年〇月〇日

住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1

甲(組合員)の
氏名 共済花子
電話(090)0000-0000

所在地 神戸市中央区京町7番地

乙(医療機関等)の名称 共済中央クリニック
代表者名 共済保子
電話(000)0000-0000

医療機関等の振込口座	金融機関名	種別	口座番号(右づめ)
メディカル	銀行・農協 金庫・組合	神戸 支店 (本店・出張所)	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	キョウサイチュウオウクリニック インチョウ キョウサイ ヤスコ		
名義	共済中央クリニック 院長 共済保子		

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字3文字)・預金種目(普通又は貯蓄)・口座番号(数字7けた)を記入してください。

裏面「この請求書に関する注意事項」の内容をよく確認したうえで申請してください。

共済組合受付印	共済組合事務処理欄		
	事務局次長	医療係長	係
	下記のとおりに決定する。 令和 年 月 日		
	産科医療補償制度(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	円	
計	円	円	

この請求書に関する注意事項

組合員の方へ

- 1 この請求書による出産費等の請求は、次の条件を全て満たす場合に行うことができます。
 - ① 出産予定の医療機関等において受取代理制度が導入されている（出産時まで導入される見込みである）こと
 - ② 神戸市職員共済組合から出産費等の支給を受ける見込みがあること
 - ③ 請求時点において、組合員又は被扶養者の出産予定日まで2か月以内であること
- 2 この請求書は、あらかじめ医療機関等の記入を受けてから提出してください。
- 3 この請求書を提出した後で、次の①～③に該当することになった場合は、速やかに神戸市職員共済組合医療係[電話(078)322-5108]へご連絡ください。
 - ① この請求書に記入した医療機関等以外で出産することとなったとき
 - ② 資格喪失等により、神戸市職員共済組合から出産費等の支給を受ける見込みがなくなったとき
 - ③ 振込口座として指定した金融機関の口座名義等を変更するとき
- 4 被扶養者の資格取得（認定）後6か月以内の出産については、以前加入されていた健康保険で出産育児一時金等を支給しない旨の証明が必要です。（ただし、国民健康保険の場合は不要です。）

医療機関等の方へ

- 1 組合員から神戸市職員共済組合にこの請求書が提出されたときは、資格確認等を行った後、貴院に「受取代理申請受付通知書」を送付します。
- 2 出産後、出産に要する費用が確定したときは、貴院作成による所定の「出産費用請求報告書」に、「出産費用の請求書の写し」及び「出産の事実を証明する書類の写し」を添えて下記に送付してください。
《送付先》〒650-0034 神戸市中央区京町 72 番地 新クレセントビル 9 階 神戸市職員共済組合医療係

組合員及び医療機関等の方へ

この請求書による出産費等の支給は次のとおりとなります。

- ① 出産費用（医療機関等が組合員等へ出産費用として請求する金額）が 500,000 円*以上となる場合
→ 医療機関等に 500,000 円*を支給します。
- ② 出産費用が 500,000 円*未満となる場合
→ 医療機関等に出産費用の全額を支給し、組合員に 500,000 円*と出産費用との差額を支給します。
（組合員がこの請求書で指定された金融機関口座に振り込みます。）

*「産科医療補償制度」対象外の出産については、488,000 円

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。