☐ 出産費・出産費附加金

☐ 家族出産費・家族出産費附加金

請求書

※決裁伺	課長	主幹・副主幹	係員	主任

給付種別	
1	4 0
1	5 0

※決定額		
	出産費等	円
	附加金	円

組合員等記号・番号		組合員氏名	
記号	番号		

組合員等記号・番号、組合員氏名を記入してください。

出産者氏名		続柄
		本人 妻 その他

被扶養認定年月日			
年号	年	月	日
昭3 平4 令5			

出産年月日			
年号	年	月	日
平4 令5			

出産者の氏名を記入してください。
該当する続柄に〇を付け、被扶養者が出産した場合には被扶養認定年月日を記入してください。
出産年月日を記入してください。

出産児数	※出産児氏名及び続柄		出産の場所	
1児 双児 その他（　児）		続柄		自宅 ・ 病院 その他〔　　〕

※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

出産した子について、出産児数欄は該当するものに〇を付け、それぞれ記入してください。
※出産児氏名については死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記入不要です。

医師又は助産師の証明

＿＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日 、出産者 ＿＿＿＿＿＿ 様は、

生産・死産・早流産（妊娠 ＿＿ 週）、〔単胎、多胎（ ＿＿ 胎）〕したことを証明する。

令和　　年　　月　　日

証明者　住所

氏名　　㊞

出産に係る医師等の証明を受けてください。

認定6ヵ月以内の家族出産費の請求時の記入欄（扶養認定前の出産者の加入状況）

加入保険	国保・社保・共済 ／ （　　） の被扶養者として認定		
名称		所在地	
被保険者等記号・番号		取消年月日	年　月　日

扶養認定されてから6ヶ月以内の出産の場合、認定される前に加入していた健康保険組合について詳しく記入してください。

上記のとおり請求します。

神奈川県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

組合員　住所

氏名

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

所属所長　職名

氏名

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）の職名・氏名を記入してください。

1. 産科医療補償制度に加入している医療機関等で分娩した場合、分娩費領収書の写しを添付してください。
2.直接支払制度を活用しない旨の添付書類の写しを添付してください。
3. 組合員で資格喪失後に出産した者は、出産費附加金の支給はありません。
4. 認定6ヶ月以内の記入欄には共済組合加入前の健康保険の状況について記入してください。
5. ※欄は記入しないでください。