出産費・家族出産費(附加金)請求書

【直接支払制度利用者用】

※決裁何	課長	主幹・副主幹	係員	主任

組合員等記号・番号		組合員氏名
記号	番号	

※決定額		
	出産費等	
	附加金	

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	被扶養者認定年月日				出産日				単胎・多胎(胎)
		年号	年	月	日	年号	年	月	日	
	本人 妻 その他	昭3 平4 令5				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○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、出産した子が単胎か多胎か○を付けてください。

入院した医療機関等	名称・所在地	

入院した医療機関等について記入してください。

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。

額金※				(医療機関等からの請求額)		(差額)
	法定給付(1児につき) 50 万円(488,000円※)	−		円	=	円
	円 (差額)	＋	附加金 5,000 円		=	円

※産科医療補償制度対象分娩でない場合

上記のとおり出産費・家族出産費(附加金)の請求をします。

神奈川県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日 組合員氏名

請求年月日と組合員の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、 添付書類
○医療機関から交付される直接支払制度合意文書
○分娩費用明細書(出産日、出産児数、医療機関等の代理受取額の記載されたもの)
○「産科医療保障制度の対象分娩です。」の文言が印字やスタンプ等により明記された書類
○医師・助産師等が発行した出生証明書等出産の事実を証明する書類(母子手帳の写し[出生届出済証明のページ]でも可)
2、 ※欄は記入しないでください。