（給付様式第9-6号）

出産費・同附加金
家族出産費・同附加金　請求書

決定額		
	出産費 家族出産費	※　円
	出産費附加金 家族出産費附加金	※　円

組合員証記号番号	公立神奈川						組合員氏名		
(所属コード)	(					)	所属所電話番号		
所属所名									
組合員資格取得年月日	年　月　日						(退職者のみ) 組合員資格喪失年月日	年　月　日	
出産者氏名							(家族出産費のみ) 出産者認定年月日	年　月　日	
出産年月日	年　月　日						出産児氏名		続柄
出産の場所							今回の出産児数(流・死産児数を含む)		人
							上記中の流・死産児数(無しは0を記入)		人
直接支払制度	□ 利用あり □ 利用なし						請求金額	出産費・家族出産費420,000円+同附加金50,000円または 404,000円+同附加金50,000円 円	

(家族出産費のみ) 出産者の認定前の健康保険加入状況	□ 1 他の保険者に被扶養者加入　年　月　日から　年　月　日まで
	□ 2 国民健康保険　年　月　日から　年　月　日まで
	□ 3 その他 (保険者名称　) 年　月　日から　年　月　日まで
	(3 に該当する期間が1年以上ある場合は、「出産育児一時金受給権放棄証明書」を添付してください。)

医師または助産師の証明	年　月　日(氏名　)は、出産(単・多胎　人) 死産・流産(単・多胎　人、妊娠　週〈　日〉)したことを証明します。 年　月　日 証明者　住所 氏名　㊞

上記のとおり、出産費及び同附加金・家族出産費及び同附加金を請求します。

公立学校共済組合神奈川支部長　殿

年　月　日　請求者　㊞

添付書類　①直接支払制度に関して医療機関等と交わした合意文書(写し)
②領収・明細書(写し):代理受取額等の記載があり、医療機関等が産科医療補償制度に加入している場合は、所定スタンプが押印されていること。

所属所文書受付印	共済組合文書受付印

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309　横浜市中区日本大通33
公立学校共済組合神奈川支部　給付グループ
電話　(045)210-8179

（給付様式第9-6号）

出産費・同附加金
家族出産費・同附加金
請 求 書

記入例
直接支払制度利用あり

決定額		
	出産費 家族出産費	※　　円
	出産費附加金 家族出産費附加金	※　　円

組合員証記号番号	公立神奈川						組合員氏名	共済　太郎	
(所属コード)	(	○	○	○	○	)	所属所電話番号	○○○－○○○－○○○○	
所属所名	△△市立○○小学校								
組合員資格取得年月日	○年　○月　○日						(退職者のみ) 組合員資格喪失年月日	年　月　日	
出産者氏名	共済　花子						(家族出産費のみ) 出産者認定年月日	令和１年　５月　８日	
出産年月日	令和１年　１０月　１７日						出産児氏名	共済　かもめ	続柄　子
出産予定医療機関名	○○産婦人科						今回の出産児数(流・死産児数を含む)	１　人	
							上記中の流・死産児数(無しは0を記入)	０　人	
直接支払制度	☑ 利用あり ☐ 利用なし						請求金額	出産費・家族出産費420,000円+同附加金50,000円または404,000円+同附加金50,000円 ４７０，０００円	
(家族出産費のみ) 出産者の認定前の健康保険加入状況	☐ 1							年　月　日まで	
	☐ 2							年　月　日まで	
	☐ 3							年　月　日まで	
	(３に該当する期間が１年以上ある場合は、「出産育児一時金支給権放棄証明書」を添付してください。)								
助産師の証明	年　○月　○日(氏名　共済　花子　)は、出産(単・多胎　人) 産(単・多胎　人、妊娠　週〈　日〉)したことを証明します。 年　月　日 証明者　住所　○○市○○区○○町１－２－３　社印 氏名　○○産婦人科医院　院長　△△△△　㊞								

家族出産費の場合 認定年月日の記入

利用あり・利用なしのどちらかにチェック

直接支払利用ありの場合の請求金額内訳
※　産児数につき、代理受取額上限420,000円。
ex　代理受取額(領収書等に記載欄参照)407,700円
差額　12,300円
同附加金(産児数ごと)50,000円
ただし、組合員へ給付額は、62,300円。
代理受取額は共済組合が医療機関へ支払います。

家族出産費で、直接支払制度利用ありの場合は、記入不要。

上記のとおり、出産費及び同附加金・家族出産費及び同附加金を請求します。

公立学校共済組合神奈川支部長　殿

○年　○月　○日　　請求者　共済　太郎　㊞

添付書類　①直接支払制度に関して医療機関等と交わした合意文書(写し)
②領収・明細書(写し):代理受取額等の記載があり、医療機関等が産科医療補償制度に加入している場合は、所定スタンプが押印されていること。

所属所文書受付印	共済組合文書受付印

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309　横浜市中区日本大通33
公立学校共済組合神奈川支部　給付グループ
電話　(045)210-8179

（給付様式第9-6号）

出産費・同附加金
家族出産費・同附加金　請求書

記入例
直接支払制度利用なし

決定額		
	出産費 家族出産費	※　円
	出産費附加金 家族出産費附加金	※　円

組合員証記号番号	公立神奈川 ○○○○○○	組合員氏名	共済　太郎
(所属コード) 所属所名	(○○○○) △△市立○○小学校	所属所電話番号	000−000−0000
組合員資格取得年月日	○年　○月　○日	(退職者のみ)組合員資格喪失年月日	年　月　日
出産者氏名	共済　花子	(家族出産費のみ)出産者認定年月日	令和1年　5月　8日
出産年月日	令和1年　10月　17日	出産児氏名	共済　かちめ　続柄　子
出産	○○産婦人科	上記中の流・死産児数（を記入）	1人 0人
直接支払制度	□ 利用あり ☑ 利用なし		20,000円+同附加金50,000円または 000円+同附加金50,000円 470,000円
(家族出産費のみ)出産者の認定前の健康保険加入状況	□ 1 他の保険者被扶養者加入		年　月　日まで
	□ 2 国民健康保険	年　月　日から	年　月　日まで
	☑ 3 その他（保険者名称 △△健康保険組合）		平成31年　1月　7日から　令和　1年　5月　7日まで

（3に…当する期間が1年以上ある場合は、「出産育児一時金受給権放棄証明書」を添付してください。）

医師または助産師の証明	令和　10月　17日（氏名　共済　花子　）は、出産（単・多胎　人） …産　週〈　日〉）したことを証明します。 証明者　住所　○○市○○区○○町1−2−3 氏名　○○産婦人科医院　院長　△△△△　㊞

家族出産費の場合認定年月日の記入

出産に要した費用が、420,000円または404,000円未満のときは、差額を出産費または家族出産費家族出産費として支給

利用あり・利用なしのどちらかにチェック

直接支払利用なしの場合の請求金額内訳
家族出産費
420,000円　代理受取額・領収書等に記載欄参照
同附加金（産児ごと）
50,000円

家族出産費で、直接支払制度利用ありの場合は、記入不要。

直接支払制度利用なしの場合かつ認定年月日から6か月以内の出産の場合は記入する

上記のとおり、出産費及び同附加金・家族出産費及び同附加金を請求します。

公立学校共済組合神奈川支部長　殿

○年　○月　○日　　請求者　共済　太郎　㊞

添付書類　①直接支払制度に関して医療機関等と交わした合意文書（写し）
②領収・明細書（写し）：代理受取額等の記載があり、医療機関等が産科医療補償制度に加入している場合は、所定スタンプが押印されていること。

所属所文書受付印	共済組合文書受付印

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309　横浜市中区日本大通33
公立学校共済組合神奈川支部　給付グループ
電話　(045)210-8179