

(給付様式第9-6号)

出産費・同附加金

請求書

家族出産費・同附加金

事由発生日以降に請求してください。
請求の時効は、事由発生から2年です。

組合員等 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		請求金額		出産費・ 家族出産費		500,000	円	附加金	50,000	円
	☐ 利用なし						合計			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～		年 月 日		
	☐ 2 国民健康保険						年 月 日～		年 月 日		
	☐ 3 その他(保険者名称								)		
						年 月 日～		年 月 日			
						(3に該当する期間が1年以上あり、被扶養者認定後6か月以内に出産した場合は、 「出産育児一時金受給権放棄証明書」(給付様式第9-7号)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			
								医療機関名			
								医師名		印	
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 様											
年 月 日						請求者 (署名)					

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分娩費用明細書等(写し):代理受取額等の記載があるもの。
③産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、対象分娩であることを証
する「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言やスタンプにより明記されているもの。
(②にスタンプ等がある場合は③の添付は不要です。)

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

(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

出産費

記入例①

直接支払制度利用あり

事由発生日以降に請求してください。
請求の時効は、事由発生から2年です。

組合員等 記号・番号	公立神奈川						組合員氏名	共済 花子	
(所属コード)	(	△	△	△	△	)	所属所	000-000-00000	
所属所名	XX市立□□□小学校						電話番号	退職済みの場合資格 喪失日の記入	
組合員資格 取得年月日	25 年 4 月 1 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	年 月 日	
出産年月日	〇 年 〇 月 〇 日						出産児氏名	共済 かもめ	続柄 子
出産の場所	◇◇◇市民病院						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		500,000 488,000	円 附加金 50,000 円	
						合計	550,000 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 他の保険者に 被扶養者加入						月 日		
	☐ 2 国民健康保険						月 日		
	☐ 3 その他(保険者						) 月 日		
						(3に該当する期間が1年以上あり、被扶養者認定後6か月以内に 「出産育児一時金受給権放棄証明書」(給付様式第9-7号)を添		出産者名	
医師または 助産師の証明	〇 年 〇 月 〇 日 (氏名 共済 花子)は、								
	☒ 出産(単・多胎 人)								
	☐ 死産・流産(単・多胎 人、妊娠 週(日))								
	〇 年 〇 月 〇 日 証明者 住所 したことを証明します。								
						医療機関住所、機関名、 医師名		印	
						医師名			
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 様									
〇 年 〇 月 〇 日						※請求期限は事由発 生日(出産日)から		共済 花子	

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分娩費用明細書等(写し):代理受取額等の記載があるもの。
③産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、対象分娩であることを証
する「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言やスタンプにより明記されているもの。
(②にスタンプ等がある場合は③の添付は不要です。)

必ず添付書類と一緒に
ご提出ください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印



共済組合文書受付印



(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

出産費 双胎
記入例②
直接支払制度利用あり

事由発生日以降に請求してください。
請求の時効は、事由発生から2年です。

組合員等 記号・番号	公立神奈川						組合員氏名	共済 花子			
(所属コード)	(	△	△	△	△	)	所属所	000-000-00000			
所属所名	XX市立□□□小学校						電話番号	退職済みの場合資格 喪失日の記入			
組合員資格 取得年月日	25 年 4 月 1 日						(退職者のみ) 組合員資格 喪失年月日	年			
出産者氏名	共済 花子						(家族出産費のみ) 出産者 認定年月日	年 月 日			
出産年月日	〇 年 〇 月 〇 日						出産児氏名	共済 かもめ・つばさ	続柄 子		
出産の場所	◇◇◇市民病院						今回の出産児数(流・死産児数を含む)	2 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		500,000 × 2 488,000 円	附加金 50000×2 円			
				合計		1,100,000 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 他の保険者に 被扶養者加入						産児数につき代理受領額上限は、 500,000円 (参加医療補償制度なしの 場合は上限488,000円) 附加金 50,000円 出産費上限額未満の場合は、その差額を附 加金とあわせて支給		月 日		
	☐ 2 国民健康保険								年 月 日		
	☐ 3 その他 (保険								) 年 月 日		
出産日		(3に該当する期間が1年以上あり、被扶養者認定後6か月以内に出産し、 「出産育児一時金受給権放棄証明書(給付様式第9-7号)」を添付し						出産者名			
医師または 助産師の証明	〇 年 〇 月 〇 日 (氏名 共済 花子)は、 ☒ 出産(単・多胎 2 人) ☐ 死産・流産(単・多胎 人、妊娠 週(日)) したことを証明します。										
	〇 年 〇 月 〇 日 証明者 住所 医療機関名 医師名						医療機関住所、機関名、 医師名		印		
上記のとおり、 <u>出産費及び同附加金</u> ・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 様 〇 年 〇 月 〇 日 ※請求期限は事由発生 日(出産日)から2年 請求者 共済 花子 (署名)											

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分娩費用明細書等(写し):代理受取額等の記載があるもの。
③産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、対象分娩であることを証
する「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言やスタンプにより明記されているもの。
(②にスタンプ等がある場合は③の添付は不要です。)

必ず添付書類と一緒に
ご提出ください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印



共済組合文書受付印



(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

(家族) 出産費

記入例③

海外出産

事由発生日以降に請求してください。
請求の時効は、事由発生から2年です。

組合員等 記号・番号	公立神奈川						組合員氏名	共済 花子	
(所属コード)	(	△	△	△	△	)	所属所	000-000-00000	
所属所名	XX市立□□□小学校						電話番号		
組合員資格 取得年月日	25 年 4 月 1 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	年 月 日	
出産年月日	〇 年 〇 月 〇 日						出産児氏名	共済 まりん	続柄 子
出産の場所	Big Ben Hospital, London						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	500,000 488,000	円 附加金 50,000 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 他の保険者に 被扶養者加入						海外では、参加医療補償制度や直接 支払制度の利用は考えられないため、 出産費の上限は488,000円 附加金(産児数ごとに)50,000円		
	☐ 2 国民健康保険								
	☐ 3 その他(保険者名称								
							年 月 日～ 年 月 日		
							(3に該当する期間が1年以上あり、被扶養者認定後6か月以内に出産した場合は、 「出産育児一時金受給権放棄証明書」(給付様式第9-7号)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、		
	☐ 別途、医師による出産証明書とその和訳をご提出 ください。						明します。		
						下記の添付書類①～③は不要です。			
						医師名 印			
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 様									
〇 年 〇 月 〇 日						※請求期限は事由発 生日(出産日)から			
						求者 共済 花子 (名)			

添付書類 ①直接支払制度に関して医療機関等と文面した合意文書(写し)
②分娩費用明細書等(写し):代理受取額等の記載があるもの。
③産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、対象分娩であることを証
する「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言やスタンプにより明記されているもの。
(②にスタンプ等がある場合は③の添付は不要です。)

これらは
不要です。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印



共済組合文書受付印



(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

家族出産費
記入例④
直接支払制度利用あり

事由発生日以降に請求してください。
請求の時効は、事由発生から2年です。

組合員等 記号・番号	公立神奈川 9 8 7 6 5 4	組合員氏名	共済 太郎	
(所属コード)	((△ △ △ △ △))	所属所	000-000-00000	
所属所名	県立□□□高等学校		電話番号	
組合員資格 取得年月日	25 年 4 月 1 日		(退職者のみ) 組合員 喪失年月日	年 月 日
出産者氏名	共済 ゆり		(家族出産費) 出産者 認定年月日	30 年 7 月 1 日
出産年月日	〇 年 〇 月 〇 日		出産児氏名	共済 しずく 続柄 子
出産の場所	◇◇◇産婦人科医院		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	500,000 円 488,000 円 合計 550,000 円 附加金 50,000 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 他の保険者に 被扶養者加入 ☐ 2 国民健康保険 ☐ 3 その他(保険者)	産児数につき、代理受領額上限は、 500,000円(参加医療補償制度なしの場 合は上限488,000円) 附加金(産児数ごとに)50,000円 上限額未満の場合は、その差額を附加金とあ わせて支給		
家族出産費で直接支払 制度利用ありの場合は 記入不要。		(3に該当する期間が1年以上あり、被扶養者認定後6か月以内に出生した子 「出産 出産日 給権放棄証明書」(給付様式第9-7号)を添付して 出産者名		
医師または 助産師の証明	〇 年 〇 月 〇 日 (氏名 共済 花子)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。 〇 年 〇 月 〇 日 証明者 住 所 証明日 医療機関名 医師名 医療機関住所、機関名、 医師名 印			
上記のとおり、出産費及び同附加金、 <u>家族出産費及び同附加金</u> を請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 〇 年 〇 月 〇 日 ※請求期限は事由発 生日(出産日)から 共済 太郎 (名)				

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分娩費用明細書等(写し):代理受取額等の記載があるもの。
③産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、対象分娩であることを証
する「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言やスタンプにより明記されているもの。
(②にスタンプ等がある場合は③の添付は不要です。)

必ず添付書類と一緒に
ご提出ください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印
〇〇市立
〇〇〇〇学校
〇〇年〇月〇日
収受印

共済組合文書受付印

(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

家族出産費
記入例⑤
直接支払制度利用なし

事由発生日以降に請求してください。
請求の時効は、事由発生から2年です。

組合員等 記号・番号	公立神奈川 9 8 7 6 5 4	組合員氏名	共済 太郎	
(所属コード)	((△ △ △ △))	所属所	000-000-00000	
所属所名	県立□□□高等学校	電話番号		
組合員資格 取得年月日	25 年 4 月 1 日	(退職者の 組合員資格 喪失年月日)	家族出産費の場合 認定年月日の記入 年 月 日	
出産者氏名	共済 ゆり	(家族出産費のみ) 出産者 認定年月日	5 年 5 月 1 日	
出産年月日	〇 年 〇 月 〇 日	出産児氏名	共済 ひかり	続柄 子
出産の場所	◇◇◇産婦人科医院	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	出産費・ 家族出産費	500,000 488,000	円 附加金 50,000 円
	☒ 利用なし	産児数につき、代理受領額上限は、 500,000円(参加医療補償制度な しの場合は上限488,000円) 附加金(産児数ごとに)50,000円 上限額未満の場合は、その差額を附加 金とあわせて支給 550,000 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	～ 年 月 日		
	☐ 2 国民健康	～ 年 月 日		
	☒ 3 その他(保険者名称 △△△健康保険組合)	2 年 10 月 1 日～ 5 年 4 月 30 日		
家族出産費で直接支払 制度利用ありの場合は 記入不要				
(3に該当する期間が1年以上あり、被扶養者認定後6か月以内に出産した場合は、 「出産育児一時金受給権放棄証明書」(給付様式第9-7号)を添付してください。)				
医師または 助産師の証明	〇 年 〇 月 〇 日(氏名 共済 花子)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。			
〇 年 〇 月 〇 日				
証明者 住所				
医療機関名				
医師名				
医療機関住所、機関名、 医師名				
印				
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 様				
〇 年 〇 月 〇 日				
※請求期限は事由発 生日(出産日)から 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分娩費用明細書等(写し):代理受取額等の記載があるもの。
③産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、対象分娩であることを証
する「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言やスタンプにより明記されているもの。
(②にスタンプ等がある場合は③の添付は不要です。)

必ず添付書類と一緒に
ご提出ください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印
〇〇市立
〇〇〇〇学校
〇〇年〇月〇日
収受印

共済組合文書受付印