

(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		
所属所名			電話番号		
組合員資格 取得年月日	S H R	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	S H R	年 月 日
出産年月日	H R	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	<input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 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 408,000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	<input type="checkbox"/> 1 他の保険者に 被扶養者加入		年 月 日から	年 月 日まで	
	<input type="checkbox"/> 2 国民健康保険		年 月 日から	年 月 日まで	
	<input type="checkbox"/> 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	H R 年 月 日(氏名)は、 <input type="checkbox"/> 出産(単・多胎 人) <input type="checkbox"/> 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 殿 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(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。」の文言やスタンプ等により明記されているもの。

<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

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 〇 〇 〇 〇 〇 〇			組合員氏名 共済 太郎
(所属コード)	(〇 〇 〇 〇 〇)			所属所 000-000-0000
所属所名	△△市立〇〇小学校			電話番号
組合員資格 取得年月日	S H R	〇年 〇月 〇日	(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
出産年月日	H R	2年 10月 17日	S H R	2年 5月 8日
出産児氏名	共済 かもめ		続柄	子
今回の出産児数(流・死産児数を含む)	〇〇産婦人科			1 人
上記中の流・死産児数(無しは0を記入)	利用あり・利用なしの どちらかにチェック			0 人
直接支払制度	<input checked="" type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 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 408,000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	<input type="checkbox"/> 1 他 被 <input type="checkbox"/> 2 国 <input type="checkbox"/> 3 そ	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。 (産科医療補償制度なし(上限408,000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		
医師または 助産師の証明	H R 〇年 〇月 〇日(氏名 共済 花子)は、 <input checked="" type="checkbox"/> 出産(単・多胎 人) <input type="checkbox"/> 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 〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3 医療機関名 〇〇産婦人科医院 氏名 院長 △△△△			
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 〇年 〇月 〇日 請求者 共済 太郎 (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(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。」の文言やスタンプ等により明記されているもの。

<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
收受印

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

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 〇 〇 〇 〇 〇 〇	組合員氏名	共済 太郎
(所属コード)	(〇 〇 〇 〇)	所属所	000-000-0000
所属所名	△△市立〇〇小学校	電話番号	
組合員資格 取得年月日	S H R 〇年 〇月 〇日	(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 花子	(家族出産費のみ) 出産者 認定年月日	S H R 2年 5月 8日
出産年月日	H R 2年 10月 17日	出産児氏名	共済 かちめ
出産児	〇〇産婦人科	続柄	子
直接支払制度	<input type="checkbox"/> 利用 <input checked="" type="checkbox"/> 利用なし	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	1 人
(家族出産費のみ) 出産者の認定 前の健康保険 加入状況	<input type="checkbox"/> 1 他の 被扶養 <input type="checkbox"/> 2 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (保険者名称 △△健康保険組合)	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 (産科医療補償制度なし(上限408,000円)) 参照	0 人
医師または 助産師の証明	H R 〇年 〇月 〇日 (氏名 共済 花子)は、 <input checked="" type="checkbox"/> 出産 (単・多胎 人) <input type="checkbox"/> 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 〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3 医療機関名 〇〇産婦人科医院 氏名 院長 △△△△	000円+同附加金50,000円または 0円+同附加金50,000円 470,000円	
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 〇年 〇月 〇日 請求者 (署名) 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(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。」の文言やスタンプ等により明記されているもの。

<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
收受印

共済組合文書受付印