(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

7,7,7,111,11.5	1.	31 11 \2 H 7F			_			1.•/		
					決	出家族	産 費 出 産 費	*		円
					定額		骨附加金	*		 円
_	T				识	家族出產	E 費附加金			
組合員証	公立神奈川			組合	員氏名					
記号番号										
(所属コード)	()	所					
所属所名	S					話番号				
組合員資格 取得年月日	H R	年	月	日	組喪	職者のみ) 合員資格 失年月日		年	月	月
出産者氏名					出	出産費のみ) 産 者 定年月日	S H R	年	月	F
出産年月日	H R	年	月	日	出產				続 柄	
出産の場所				今回の出産児数(流・死産児数を含む)				人		
山座♡物別				上記			無しは0を記り		人	
talli tota witota						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				
直接支払制度		利用なし	請求	金額						円
		他の保険者に 波扶養者加入			年	月	日から	年	月	日まで
(家族出産費のみ) 出産者の認定 前の健康保険	□ 2	国民健康保	 :険		年	月	日から	年	月	日まで
加入状況	□ 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	間が1年以上を	る場合は	は、「出産	全 育児一時金	企 受給権放棄	延明書」を添付	トしてくた	ごさい。)
	(3に該当する期間が1年以上ある場合は、「出産育児―時金受給権放棄証明書」を添付してください。) H R 年 月 日(氏名)は、									
	□ 出産(単・多胎 人)									
	□ 歹	E産・流産(革	色•多胎	人、娃	£娠	週〈	日〉)			
医師または									レを証	明します。
事を確め 対明		在.	月 日					0,22	С С ни.	710 d 7 8
助産師の証明		+		<i>(</i>)-	記					
			証明者		所	R <i>b</i>				
					療機队	自名				
				医	師名					€
上記のとおり	、出産犯	費及び同附加	叩金・家族出	出産費及	とび同!	附加金を	請求します			
公立学校共	共済組合	合神奈川支部	乃長 殿							
	年	月	日			青求者 署名)				
添付書類 ①	直接支持	払制度に関し	て医療機関	関等と交			를(写し)			<u>. </u>
2)	分娩費	用明細書(写	し):代理受	取額等	の記載	載があるも	の。 	51 & N 16.	- h	- 1 .2 ====

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。

	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		

(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

	₩ 1.41.11\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\				
		決 家 族	産費※	円	
		定組産費	附加金 ※ 費附加金	円	
<i>4</i> 11 ∧ 日 ⇒ 7	公立神奈川		A LII WHATE		
組合員証記号番号	O O O O O O	組合員氏名	共済	太郎	
(所属コード)		所属所	000-000	0-0000	
所属所名	△△市立○○川学校	電話番号 (退職者のみ)			
組合員資格 取得年月日	S H の年 の月 の日	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	。 2年 5月 8	3 ∃	
出産年月日	B 2年 10月17日	出産児氏名	共済 かもめ	続柄	
出利用あり・利		今回の出産児数(流・死産児数を含む) 1			
どちらかにす		上記中の流・死産児数(無しは0を記入)			
	利用あり	出産費・家加	失出産費420,000円+同附加金 408,000円+同附加金		
直接支払制度	計求金額 □ 利用なし □ 利用なし	<i>4.</i> Z0, 000 ⊞			
	□ 1 他の 被{直接支払利用ありの場合の調査の	上 請求金額内訳	470,	<u> </u>	
(家族出産費のみ) 出産者の認定	※ 産児数につき、代理受 □ 2 国 (産利度	受取額上限420,00 療補償制度なし			
前の健康保険 加入状況	□ 3 a ex 代理受取額(領収書等)	
家族出産費で、		50.000円		月日まで	
支払制度利用 場合は、記入7	めりの (けしてください。)	
	● ○ 月 ○日(氏名	共済 花-	子)は、		
	☑ 出産 ④ 多胎 人)				
	□ 死産·流産(単·多胎 人、	妊娠 週〈	日〉)		
医師または			したこ	とを証明します。	
助産師の証明	年 月 日				
	証明者 住	所 001	<u> </u>	2-3	
	医	療機関名 ○○ №	崖婦人科医院	社 印	
	氏	名 院長	$\triangle\triangle\triangle\triangle$		
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	非求します。		
	共済組合神奈川支部長 殿				
	○年 ○月 ○日	請求者	共済 太郎		
[直接支払制度に関して医療機関等と交	(署名)			
	ニュンコーロス・ログ・ビグラスサロス	··· ン/- ロ/心/~ 目	() ()		

- 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



共済組合文書受付印

(給付様式第9-6号) 出產費·同附加金 家族出產費 • 同附加金

請求書

記入例

直接支払制度利用なし

		決 家 族	崔 費 ※ 出産費	円
			附加金 ※ 費附加金	円
組合員証	公立神奈川	組合員氏名	共済、太郎	7
記号番号	0 0 0 0 0 0	租口貝以石	兴 海 XXI)
(所属コード)	(0 0 0 0)	所属所	000-000-0	000
所属所名	△△市立○○小学校 S	電話番号	L	
組合員資格取得年月日	H	組合員資格 認力 喪失年月日	E年月日の記入 年 月	l B
出産者氏名	<i>共済 花子</i>	(家族出産費のみ) 出 産 者 認定年月日	s H 2年 5月 6	<i>8</i> ₽
出産年月日	B 2年 10月 17日	出産児氏名		続 柄
	40	4,000円未満のと	きは、差額を出産費また	1 人
出産利用あり・	利用なしの「こうないがく」	:家族出産費家族 	出産費として支給	0 人
		の請求金額内訳	000円+同附加金50,000円 0円+同附加金50,000	
直接支払制度	420,000円 代理受取額			
		に(上限408,000)円)) <i>470,00</i>	<i>O</i> 円
(家族出産費のみ)	被扶養		年 月	日まで
出産者の認定前の健康保険	□ 2 国民健康保険	年 月	日から 年 月	日まで
加入状況	☑ 3 その他 (保険者名称 △△健)	康保険組合)
	平成31年	E 1月 7日2	から 令和 2年 5月	7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。)
	● ○年 ○月 ○日(氏名	共済 花子	子)は、	
	☑ 出産 ④ 多胎 人)			
	□ 死産·流産(単·多胎 人、;	妊娠 週〈	目〉)	
医師または			したことを記	正明します。
助産師の証明	年 月 日			
	証明者 住	所 007	†○○区○○町1-2-3	3
	医	療機関名 ○○酉	全婦人科医院	社
	氏	名 院長	$\triangle\triangle\triangle$	
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	共済組合神奈川支部長 殿			
	○年 ○月 ○日	請求者 (署名)	共済 太郎	

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



共済組合文書受付印