

(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

組合員証 記号番号	公立神奈川					組合員氏名						
(所属コード) 所属所名	()	所属所 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	R	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	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	請求金額			出産費・ 家族出産費	500,000 488,000	円	附 加 金	50,000 円			
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 他の保険者に 被扶養者加入					年	月	日	～	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 2 国民健康保険					年	月	日	～	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 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	令和 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。 令和 年 月 日 証明者 住所 医療機関名 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 殿 令和 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

組合員証 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	S H R	2	年	4	月	1	日	(退職者のみ) 組合員資格 喪失年月日	S H R	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	年	月	日	
出産年月日	R	5	年	3	月	7	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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	
	<input type="checkbox"/>	利用なし				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	<input type="checkbox"/> 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(産児数ごとに) 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			
	<input type="checkbox"/> 2 国民健康保険							月	日			
	<input type="checkbox"/> 3 その他(保険者))	月	日		
医師または 助産師の証明	令和 5年 3月 7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。						出産日					
	令和 5年 3月 8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					
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 令和 5年 4月 13日 ※請求期限は事由発生日(出産日)から2年 です。 請求者 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
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

出産費 双胎
記入例②
直接支払制度利用あり

組合員証 記号番号	公立神奈川 1 2 3 4 5 6	組合員氏名	共済 花子	
(所属コード) 所属所名	(△ △ △ △) XX市立□□□小学校	所属所 電話番号	000-000-00000	
組合員資格 取得年月日	^S _H ^R 27 年 4 月 1 日	(退職者のみ) 組合員資格 喪失年月日	R 年	退職済みの場合資格 喪失日の記入
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 年 月 日	
出産年月日	R 5 年 10 月 23 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	<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	500,000 × 2 488,000 円 附加金 50000×2 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	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	
	<input type="checkbox"/> 2 国民健康保険		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 3 その他(保険)		年 月 日	
医師または 助産師の証明	令和 5 年 10 月 23 日 (氏名 共済 花子)は、 <input checked="" type="checkbox"/> 出産(単・多胎 2 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。 令和 5 年 10 月 24 日 証明者 住所 医療機関名 医療機関名 医師名	出産日	出産者名	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 令和 5 年 11 月 30 日 ※請求期限は事由発生日(出産日)から2年 です。 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
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

(家族) 出産費

記入例③

海外出産

組合員証 記号番号	公立神奈川 1 2 3 4 5 6						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	S H R	30	年	4	月	1	日	(退職者のみ) 組合員資格 喪失年月日	S H R	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	年	退職済みの場合資格 喪失日の記入		
出産年月日	R	5	年	8	月	18	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	<input type="checkbox"/> 利用あり	請求金額					出産費・ 家族出産費	500,000 488,000	円	附加金 50,000 円		
	<input checked="" type="checkbox"/> 利用なし						合計	538,000 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 他の保険者に 被扶養者加入						年	月	日			
	<input type="checkbox"/> 2 国民健康保険						年	月	日			
	<input type="checkbox"/> 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	令和 年 月 日(氏名)は、						明します。					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 殿												
令和 6 年 2 月 8 日						*請求期限は事由発生 日(出産日)から2年 です。		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。)

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

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

家族出産費
記入例④
直接支払制度利用あり

組合員証 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) 所属所名	(△ △ △ △) 県立□□□高等学校	所属所 電話番号	000-000-00000	
組合員資格 取得年月日	S H 20 年 4 月 1 日 R	(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	H 30 年 7 月 1 日 R	年 月 日
出産年月日	R 4 年 12 月 1 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	<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	500,000 円 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	<input type="checkbox"/> 1 他の保険者に 被扶養者加入 <input type="checkbox"/> 2 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 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か月以内に出産した場合は「出産 給権放棄証明書」(給付様式第9-7号)を添付して) 出産日 出産者名			
医師または 助産師の証明	令和 4 年 12 月 1 日(氏名 共済 ゆり)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。 令和 4 年 12 月 1 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 殿 令和 5 年 1 月 6 日 請求者 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
收受印

共済組合文書受付印

家族出産費
記入例⑤
直接支払制度利用なし

組合員証 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	S H R 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 定年月日の記入	年	月 日
出産者氏名	共済 ゆい		(家族出産費のみ) 出産者 認定年月日	S H R 5 年 5 月 1 日	年 月 日
出産年月日	R 5 年 9 月 15 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	<input type="checkbox"/> 利用あり	出産費・ 家族出産費	500,000 488,000 円	附加金	50,000 円
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 他の保険者 被扶養者加	~	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 2 国民健康保	~	年	月	日
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (保険者名称 △△△健康保険組合)				
家族出産費で直接支払 制度利用ありの場合は 記入不要	R2 年 10 月 1 日 ~ R5 年 4 月 30 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	令和 5 年 9 月 15 日(氏名 共済 ゆい)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。	令和 5 年 9 月 16 日	証明者	住所	医療機関住所、機関名、 医師名
			医療機関名		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 殿					
令和 5 年 10 月 31 日					
※請求期限は事由発生日(出産日)から2年 です。					
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
收受印

共済組合文書受付印