

☐ 出産費・同附加金
☐ 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	フリガナ							
所属所名							所属所コード					() -			
							所属所電話番号								
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) 出産者の認定年月日	年 月 日							
出産年月日	年 月 日						出産児氏名 (多胎の場合は全て記入)						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 500,000 円 488,000 円 ※1 附加金 50,000 円 ※2							
							※1 産科医療補償制度適用外または海外で出産した場合 ※2 退職後の出産は対象外	合計 円							
(家族出産費で、直接支払制度を利用しない場合のみ) 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	出産者氏名 _____ は、 年 月 日に、 ☐ 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														
海外で出産した場合は、右の証明ではなく、出産証明書等とその和訳でも構いません。ただし、右の証明欄と同様の証明内容が必要です。															
⑩															
上記のとおり、出産費・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 (医師の証明日以降の日付) 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 出産育児一時金明細書、分娩費用明細書 等(写し)「**代理受取額**」の記載があるもの(見本参照)
- 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明する「**産科医療補償制度加入機関**」の**スタンプ**や、「**産科医療補償制度の対象分娩です。**」の**文言**の記載があるもの(見本参照)
ただし、2にスタンプや文言がある場合は、3の添付は不要

※ **海外で出産した場合は**、医師等の証明の原本(邦訳を添付)、旅券や航空券その他海外に渡航した事実が確認できる書類の写し、保険者が海外の医療機関に出産の事実や内容を照会することについての出産者の同意書(給付様式第9-6-2号)を添付(添付書類 1～3 は不要)

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309 横浜市中区日本大通 7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

印付受書文所屬所

共済組合文書受付印

☒ 出産費・同附加金
☐ 家族出産費・同附加金

請 求 書

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	〇〇〇〇〇〇〇〇	組合員氏名	フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子	
所属所名	〇〇市立〇〇小学校	所属所コード	〇〇〇〇	
		所属所電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
組合員資格取得年月日	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) 出産者の認定年月日	年 月 日	
出産年月日	〇 年 〇 月 〇 日	出産児氏名 (多胎の場合は全て記入)	共済 太郎	続柄 子
出産の場所	〇〇産婦人科	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 500,000 円 附加金 50,000 円 ※2 488,000 円 ※1 合計 550,000 円	
(家族出産費で、直接支払制度を利用しない場合のみ) 出産者の認定前の健康保険加入状況	☐ 1 他	【出産費】 ・産児数につき代理受領額限は、上限 500,000円(産児数ごと) ・産科医療補償制度適用外または海外で出産した場合は、 上限 488,000円(産児数ごと) 【附加金】 50,000円(産児数ごと)		
	☐ 2 国			
	☐ 3 そ			
	3 に該			
「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。		月 日	月 日	) 月 日
医師または助産師の証明 海外で出産した場合は、右の証明ではなく、出産証明書等とその和訳でも構いません。ただし、右の証明欄と同様の証明内容が必要です。	出産者氏名 共済 花子 は、 〇 年 〇 月 〇 日に、 ☒ 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 〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇-〇 医療機関名 〇〇産婦人科 医師名 〇〇 〇〇 (印)			
	上記のとおり、出産費・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 (医師の証明日以降の日付) 請求者(署名) 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 出産育児一時金明細書、分娩費用明細書 等(写し) **「代理受取額」の記載**があるもの(見本参照)
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明する**「産科医療補償制度加入機関」のスタンプ**や、**「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の記載**があるもの(見本参照)
ただし、2にスタンプや文言がある場合は、3の添付は不要

※ **海外で出産した場合**は、医師等の証明の原本(邦訳を添付)、旅券や航空券その他海外に渡航した事実が確認できる書類の写し、保険者が海外の医療機関に出産の事実や内容を照会することについての出産者の同意書(給付様式第9-6-2号)を添付(添付書類 1～3 は不要)

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通7
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

添付資料に必要な代理受領額等の記載があり、「産科医療補償制度に加入している」医療機関で出産した場合のスタンプまたは「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言がある書類のイメージ見本です。
以下の内容の記載があるものを添付願います。

出産育児一時金明細書・分娩費用明細書 等

患者番号	氏 名

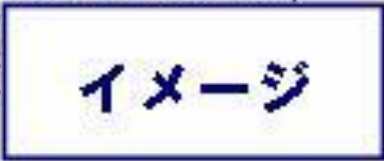
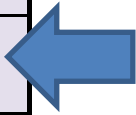
出産日	直接支払制度利用	産科医療補償制度	出産数
	する	対象	

上記、2項目はあれば望ましい内容です

〇〇〇	△△△	□□□	◎◎◎

###	***	>>>	産科医療補償制度掛金

※※※		妊婦負担金額	代理受領額



横浜市京浜区幸町1-1-1
〇〇病院 産婦人科
〇〇 〇〇



スタンプがない場合は、備考欄等に次のような文言があるもの

備考欄	産科医療補償制度の対象分娩です。
-----	------------------