

□ 出産費  
 家族出産費 請求書

決定 伺	課長	課長補佐・主幹	課員

決定額								円
-----	--	--	--	--	--	--	--	---

記号	番号	組合員氏名	所属所名
9 9 9	9 9 9	共済 太郎	〇〇市
資格取得年月日	昭和 平成	10 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 平成 年 月 日
出産者氏名	共済 花子		請求金額 420,000円
続柄	配偶者		
医師又は 助産師の 証明	出産者氏名	共済 花子	出産年月日 平成 〇年 〇月 〇日
	出産の場所	〇〇市〇〇 〇〇産婦人科医院	
	単胎・多胎 の別	① 単胎 2. 多胎 ( 子中第 子)	
	出産・死産等 の別	① 出産 2. 死産(早流産) : 妊娠週数 満 週 日	
	上記のとおり証明する。 平成 〇年 〇月 〇日 1. 医師 住所 〇〇市〇〇 証明者 医療機関名 〇〇産婦人科医院 2. 助産師 氏名 〇〇 〇〇		
○他の保険者から同様の給付を受けることができるとき(当組合での資格取得より6ヶ月以内の出産)			
前保険者の名称等	〇〇健康保険組合	上記の分娩に対する出産費の請求に関して、前健康保険組合等への出産育児一時金の請求は行わないことを確約します。	
前保険者の保険証の記号・番号	〇〇-〇〇〇	出産者氏名 共済 花子	共済印
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 氏名 共済 太郎 共済印			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇 印			共済組合受付印

※直接支払制度を利用しない方のみこの様式で請求してください。

## 【添付書類】

### ① 領収書の写し

※ 産科医療補償制度に加入している医療機関の場合は、領収書にその旨のスタンプが押されているものを添付してください。スタンプが押されていない場合、在胎週数22週未満の出産等の場合、出産費は39万円となります。(加入している場合は42万円)

### ② 直接支払い制度を利用しない旨の合意文書の写し

## 【注意事項】

- ・退職後6月以内に出産した場合は、以前加入していた保険者からも出産育児一時金が支給されることがあります。今回当組合への請求にあたっては、前保険者への請求を行わない旨、署名欄に記名・捺印をお願いします。
- ・直接支払制度及び受取代理制度を利用している方は、提出の必要はありません。
- ・出産貸付を受けている場合は、当該貸付けに係る出産費等の支給額が貸付金の償還に充当されます。

**※ 請求書の提出は毎月5日締切→月末送金となります。**