出産費等　請求書

京都市職員共済組合

組合員が記入するところ				
組合員の記号・番号	○○○　―　××××××	所属	行財政局人事部厚生課 電話　○○○　―　××××	
出産者の氏名	共済　花子 ○○年○○月○○日生	組合員（本人） 組合員被扶養者（家族）	出産年月日	○○年　○○月　○○日
出生児の氏名及び組合員との続柄	共済　小太郎 組合員との続柄（　長男　）	出産の場所	名称　○○クリニック 所在地　京都市○○区○○　○―○	

該当者のみ記入してください					
組合員（本人）が資格喪失後に出産した場合	資格取得日	年　月　日	資格喪失日	年　月　日	
組合員被扶養者（家族）が出産した場合で、出産前６か月以内に他の健康保険の被保険者（組合員）であった場合	保険者の名称				
	被保険者（組合員）記号・番号	記号 番号	資格喪失年月日	年　月　日	

上記のとおり請求します。　　年　　月　　日

（あて先）京都市職員共済組合理事長

住所

京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町４８８番地

組合員の

氏名　共済　太郎

事務取扱者
所属の庶務担当者の記名又は押印

《提出にあたっての注意事項》

1　出産後に、①から③の書類を添付して請求してください。

①　出生を証明するもの（下記のうち、いずれかのもの。コピー不可）

・裏面の証明欄に、医療機関等又は市区町村の窓口で証明を受けたもの

・医師又は助産師が発行した出生証明書

・出生届受理証明書

②　医療機関等が発行した出産費用の領収書及び明細書の写し

③　直接支払制度に関する医療機関等との「合意文書」の写し

2　直接支払制度を利用した場合でも、出産費等請求書は必要です。請求書に基づき、出産費等附加金（２万円）を組合員に支給します。また、医療機関等から請求された出産費用が、出産費等の支給額に満たなかった場合には、その差額も併せて支給します。

共済組合受付印

			組合員 記号　番号	○○○　－　××××××
医師または助産師の証明欄	出産者の 氏　名	共済　花子	生産又は 死産の別	生産 ・ 死産　（　週　日）
	生年月日	○○　年　○○　月　○○　日		
	出産年月日	○○　年　○○　月　○○　日	出生児の数	単胎　・　多胎　（　児）

上記のとおり相違ないことを証明します。　○○　年　○○　月　○○　日

出産した医療機関等の名称・所在地及び医師または助産師氏名　京都市○○区○○　○―○　○○クリニック　○○　○○

市区町村長の証明欄	本籍			筆頭者氏名	
	出生児の母親の氏名及び生年月日	（氏名）　年　月　日生			
	出生児の 氏　名		出生年月日	年　月　日	出生届出日　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日

市区町村名　㊞