

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	組合員証の 記号・番号	—	所 属	電話			
	出産者の氏名	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	組合員との続柄（ ）		出産の場所	名 称 所在地		
	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。 （あて先）京都市職員共済組合理事長 住所 組合員の 氏名						事務取扱者 	

《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

			組合員証の 記号・番号	—					
医師または助産師の 証明欄	出産者の 氏名			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		
<p>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</p>									
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									
㊟									