

# 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	
<p>市区町村名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>						