

家族出産費
家族出産費附加金 請求書

整理
番号

組合員記入欄	組合員等 記号番号	NGY	フリガナ 組合員氏名	所 属		
	資格取得 年 月 日	年 月 日	資格喪失 年 月 日	年 月 日		
	出産者氏名		出産児氏名			
	出産年月日	年 月 日	出産の場所			
	出産前6か月以内 に勤務したことが あるときは、その	名 称	所 在 地	勤務期間	組合員等(被保険者証)記号・番号	
				年 月 日～ 年 月 日		
	家族出産費 請求金額	円	家族出産費附加金 請求金額	円		
医師・助産師又は市区町村長証明欄	出産年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産	死産 (妊娠第 週) 胎児が85日以上生存していたことを認める。	
	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。					
	医療機関の名称					
	年 月 日 医師・助産師名					
本 籍						
出生届日	年 月 日	出生児氏名		出生年月日	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。						
年 月 日 市区町村長名 印						
上記のとおり請求します。						
(あて先)名古屋市職員共済組合理事長						
年 月 日						
住所又 請求者 は所属 氏 名						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
年 月 日						
職 名						
所属所長						
氏 名						
事務局	次長	係長	係	決 定 額	家族 出 産 費	円
					家族出産費附加金	円

<注意事項>

1. 出生に関する証明は本籍地もしくは出生届を提出した市町村長、出生の介助をした医師または助産師のいずれかから受けてください。医師・助産師又は市区町村長の証明にかえて、戸籍抄本を添付しても結構です。
2. 死産の場合は、医師から証明を受け、妊娠何週目の死産であるかを()内に記入してもらってください。
3. 医療機関との代理契約に関する文書の写(直接支払制度を利用しない旨及び申請先保険者名を記載のもの)を添付ください。
4. 出産費用の領収・明細書の写(「直接支払制度を利用しない」旨を記載のもの)を添付ください。また、産科医療保障制度に加入している医療機関で所定の要件で出産した場合は、加入の印が押印されたものを添付ください。