出　産　費
出産費附加金　請求書（事前申請用）

整理番号	

組合員証記号番号	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		
出産予定者氏名	組合員本人	出産予定医療機関等	名称		
出産予定年月日	年　月　日		所在地		
出産費請求金額	円	出産費附加金請求金額	円		

受取代理人の欄

申請者である組合員(以下「甲」という。)は、下記の医療機関等(以下「乙」という。)を代理人と定め次の権限を委任します。また、甲は、出産費等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。

甲が請求する出産費及び出産費附加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(一児につき上限41万4千円※)の受領に関すること。

年　月　日

甲(組合員)

住　所

氏　名

所在地(〒　　－　　)

乙(医療機関等)

保険医療機関ｺｰﾄﾞ

県コード	医療機関コード

電話番号

名　称

受取代理金融機関	銀行　　支店・本店			フﾘｶﾞﾅ 口座名義	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		

上記のとおり事前申請します。

名古屋市職員共済組合理事長　様

年　月　日

請求者　住所又は所属　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

所属所長　職　名　氏　名

事務局	次長	係長	係	決定額	出産費出産費附加金	円
					受取代理額	円
					組合員差額	円

＜注意事項＞

※ 母子健康手帳（出産者名と出産予定日が記載されているページ）の写しを添付してください。

※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等で所定の要件で出産した場合で、出産費用請求書の写しに所定の印が押印されている場合は４３万円となります。