

出産費請求書 (事前申請用)  
出産費附加金

整理番号	
------	--

組合員等 記号番号	NGY 123456	フリガナ 組合員氏名	キョウサイ ハナコ 共済 花子	所属	総務局〇〇部 〇〇課
資格取得 年月日	平成〇〇年〇月〇日	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 名古屋産婦人科		
出産予定 年月日	令和△△年△月△日		所在地 名古屋市〇〇区△△町1-2		
出産費 請求金額	420,000円	出産費附加金 請求金額	10,000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。 令和××年×月×日					
	甲(組合員)		住所	名古屋市中区〇〇町1-2		
			氏名	共済 花子		
			所在地(〒460-0000)	名古屋市〇〇区△△町1-2		
		乙(医療機関等)	電話番号	052-123-4567		
		保険医療機関コード	名称	名古屋産婦人科		
		県コード	医療機関コード			
		2 3 1 2 3 4 5 6 7				
受取代理 金融機関	〇〇 銀行		〇〇〇 (支店・本店)	フリガナ	ナゴヤサンフジнка 〇〇 〇〇	
	預金 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号	1234567	口座 名義	名古屋産婦人科 〇〇 〇〇

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  
令和〇〇年〇月〇日

請求者 住所又は所属  
氏名(自署) 総務局〇〇部〇〇課  
共済 花子

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  
令和〇〇年〇月〇日

所属所長 職名 総務局総務課長  
氏名 総務 一郎

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。