

家族出産費 請求書 (事前申請用)

家族出産費附加金

整理番号	
------	--

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		
出産予定者 氏 名			名称		
出産予定 年月日	年 月 日	出産予定 医療機関等	所在地		
家族出産費 請求金額	円		家族出産費附加金 請求金額	円	
出産前6か月 以内に勤務し たことがある とき	加入していた保険者名	所在地		勤務期間	被保険者証の記号・番号
				年 月 日～ 年 月 日	

受取代理人の欄	<p>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、家族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。</p> <p>甲が請求する家族出産費及び家族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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">甲(組合員) 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: center;">乙(医療機関等) 所在地(〒 -)</p> <p>保険医療機関コード 電話番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">県コード</td> <td style="text-align: center;">医療機関コード</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">名 称</p>	県コード	医療機関コード		
県コード	医療機関コード				

受取代理 金融機関	銀行			支店・本店	フリガナ	
	預金 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号		口座 名義	

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

職 名
所属所長 氏 名

事務局	次長	係長	係	決定額	家族出産費 家族出産費附加金	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。