

家族出産費
家族出産費附加金

請求書 (事前申請用)

整理
番号

組合員証 記号番号	NGY 123456	フリガナ 組合員氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎	所属	総務局〇〇部 〇〇課
資格取得 年月日	昭和 平成 〇〇年〇月〇日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日		
出産予定者 氏名	共済 花子	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	平成△△年△月△日		所在地 名古屋市〇〇区△△町1-2		
家族出産費 請求金額	420,000円	家族出産費附加金 請求金額	10,000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	
受取代理人の欄	申請者である組合員(以下「甲」という。)は、下請権限を委任します。また、甲は、家族出産費甲が請求する家族出産費及び家族出産費附加額(一児につき上限40万円※)の受領に関すること。 平成××年×月×日				
	甲(組合員)		住所	名古屋市中区〇〇町1-2	共済 印
	乙(医療機関等)		氏名	共済 太郎	
	保険医療機関コード		所在地(〒460-0000)	名古屋市中区△△町1-2	名古屋 産婦人科 印
県コード	医療機関コード	電話番号	052-123-4567		
受取代理 金融機関	〇〇 銀行	□□□ 支店・本店	フリガナ	ナゴヤサンフジカ 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 平成□□年□月□日					
請求者		住所又は所属 氏名	総務局〇〇部〇〇課 共済 太郎	共済 印	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成□□年□月□日					
所属所長		職名 氏名	総務局総務課長 総務 一郎	総務 印	
主 管	課長	係長	係	家族出産費 家族出産費附加金	円
	所属主管課の決裁欄			受取代理額	円
				組合員差額	円

6か月以内に扶養認定している者について勤務していたかどうかを確認する。勤務していた場合には、家族出産費の請求に関する申立書を提出する。

申請者である組合員(以下「甲」という。)は、下請権限を委任します。また、甲は、家族出産費甲が請求する家族出産費及び家族出産費附加額(一児につき上限40万円※)の受領に関すること。

平成××年×月×日

甲(組合員)

住所 名古屋市中区〇〇町1-2

氏名 共済 太郎

共済

印

所在地(〒460-0000) 名古屋市中区△△町1-2

乙(医療機関等)

保険医療機関コード

電話番号 052-123-4567

名古屋
産婦人科

印

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

□□□ 支店・本店

フリガナ ナゴヤサンフジカ 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
平成□□年□月□日

請求者 住所又は所属
氏名 総務局〇〇部〇〇課
共済 太郎

共済

印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
平成□□年□月□日

所属所長 職名
氏名 総務局総務課長
総務 一郎

総務

印

<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。