

出産費 ・  出産費附加金

家族出産費 ・  家族出産費附加金

# 請求書

職員番号 (独法職員のみ)

--	--	--	--	--	--

地方職員共済組合大阪府支部長 様  
 下記のとおり請求します。 令和 年 月 日

組合員氏名	組合員 (記号) 番号	(地・大阪)	所属名

資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
---------	--	---------	--

出産者 <input type="checkbox"/> 組合員本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ※出産者が組合員本人の場合は右欄の記入は不要です。	出産した被扶養者氏名	左の被扶養者の生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	上の被扶養者の認定年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	※資格情報のお知らせ、資格確認書に記載があります。ご不明な場合は空白で結構です。	

出産年月日 令和 年 月 日	子の氏名	続柄
-------------------	------	----

出産の場所 (病院等)	名称	
	所在地	

医師又は助産師の証明	令和 年 月 日、 ..... が 出産・死産・早流産 (妊娠 ..... 週 ..... 日) したことを証明する。
	証明日 令和 年 月 日
	医療機関の名称 及び所在地
	証明者 ..... 医師又は助産師の氏名 .....

日中の 職場 ( <input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通) Tel : .....	内線 : .....
連絡先 又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯 Tel : .....	

### 【添付書類】

< 直接支払制度を利用する場合 >

① 直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書 (写し)

② 医療機関等発行の請求・明細書・領収書等 (写し)

※代理受取額がわかるもの ※産科医療補償制度に加入している医療機関の場合はスタンプが押されているもの

< 直接支払制度を利用しない場合 >

① 直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書 (写し) ※②で直接支払制度を利用しない旨の確認が出来る場合は不要

② 医療機関等発行の請求・明細書・領収書等 (写し)

※産科医療補償制度に加入している医療機関の場合はスタンプが押されているもの

③ 出産証明書 (写し) (死産・流産の場合、死産証明書 (写し)) ※上記「医師又は助産師の証明」欄を使用する場合は不要

※以下、共済使用欄 (記入不要)

共済受付 / 処理欄	受付日 年 月 日	所属所受付 / 処理欄	受付日 年 月 日
	処理日 年 月 日		処理日 年 月 日

決定額	出産費・家族出産費	出産費附加金・家族出産費附加金
	円	円

出産費 ・  出産費附加金

【記入例】

(表面) R7.10

家族出産費 ・  家族出産費附加金

請求書

職員番号 (独法職員のみ)

8 0 0 5 0 0

地方職員共済組合大阪府支部長 様		令和 7 年 12 月 1 日	
下記のとおり請求します。			
組合員氏名	組合員 (記号) 番号	(地・大阪)	所属名
共済 太郎	3 0 1 2 3 4 5 6 7 8		大阪急性期・総合医療センター
資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年 4 月 1 日	資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
出産者	出産した被扶養者氏名	左の被扶養者の生年月日	
<input type="checkbox"/> 組合員本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	共済 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	
上の被扶養者の認定年月日		※資格情報のお知らせ、資格確認書等に 記載があります。ご不明な場合は空白で結構です。	
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 年 4 月 1 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和			
※出産者が組合員本人の場合は 右欄の記入は不要です。			
出産年月日	子の氏名	続柄	
令和 7 年 11 月 10 日	共済 一郎	長男	
出産の場所 (病院等)	名称	直接支払制度を利用された場合は、 医師又は助産師による証明は不要です。	
	所在地	〇〇産婦人科 大阪府中央区〇〇町〇-〇	
医師又は 助産師の 証明	令和 7 年 11 月 10 日、 共済 花子 が 出産・死産・早産 (妊娠 38 週 5 日) したことを証明する。 証明日 令和 7 年 11 月 15 日 医療機関の名称 〇〇産婦人科 証明者 及び所在地 大阪府中央区〇〇町〇-〇 医師又は助産師の氏名 大阪 次郎		
日中の 連絡先	職場 ( <input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通 ) Tel :	内線 :	
	又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 Tel :	090-XXXX-XXXX	

【添付書類】

<直接支払制度を利用する場合>

①直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書 (写し)

②医療機関等発行の請求・明細書・領収書等 (写し)

※代理受取額がわかるもの ※産科医療補償制度に加入している医療機関の場合はスタンプが押されているもの

<直接支払制度を利用しない場合>

①直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書 (写し) ※②で直接支払制度を利用しない旨の確認が出来る場合は不要

②医療機関等発行の請求・明細書・領収書等 (写し)

※産科医療補償制度に加入している医療機関の場合はスタンプが押されているもの

③出産証明書 (写し) (死産・流産の場合、死産証明書 (写し)) ※上記「医師又は助産師の証明」欄を使用する場合は不要

※以下、共済使用欄 (記入不要)

共済受付 /処理欄	受付日	年	月	日	所属所受付 /処理欄	受付日	年	月	日
	処理日	年	月	日		処理日	年	月	日
決定額	出産費・家族出産費				出産費附加金・家族出産費附加金				
	円				円				