

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）

下記のとおり申請します。										年 月 日		
組合員氏名		組合員証記号番号			地・大阪					所属名		
資格取得年月日		年 月 日			資格喪失年月日			年 月 日				
出産者 ※組合員本人の場合は 下記にチェックのみ <input type="checkbox"/>		出産した 被扶養者氏名										
		生年月日			年 月 日							
		被扶養者認定年月日			年 月 日					※組合員証(保険証)表面に記載		
出産年月日		年 月 日			出生児氏名				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		年 月 日 は、出産・死産・早流産（妊娠 カ） したことを証明する。 年 月 日 住所 証明者 氏名										
請求額		出産費・家族出産費			円		※決定額					
		出産費附加金・家族出産費附加金			円		※決定額					

- ※1 領収書（分娩費用明細付）の写しを添付して下さい。
 ※2 直接支払制度を利用した場合には、医療機関に提出した利用同意書の写しを添付して下さい。
 ※3 医療機関が産科医療補償制度に加入している場合は、それが分かるものを添付して下さい。（領収書等に証明印も可）

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請・証受領の場合は不要）	
職場（代表・直通）Tel	（ ） 内線（ ）
又は 自宅・携帯 Tel	（ ）

※下記は記入不要です。

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

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）

下記のとおり申請します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日

組合員氏名	共済 太郎	組合員証記号番号	地・大阪 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8	所属名 人事局総務サービス課
-------	-------	----------	-----------------------------	-------------------

資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	資格喪失年月日	年 月 日
---------	-------------	---------	-------

出産者 <small>※組合員本人の場合は下記にチェックのみ</small> <input type="checkbox"/>	出産した被扶養者氏名 共済 花子	出生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
	被扶養者認定年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日	<small>※組合員証(保険証)表面に記載</small>

出産年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	出生児氏名 共済 三郎	続柄 三男
----------------------	----------------	----------

出産の場所 (病院等)	名称 医療法人〇〇 〇〇〇病院
	所在地 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇〇号

医師又は助産師の証明	_____年 月 日 _____は、出産・死産・早流産（妊娠 カ） したことを証明する。 _____年 月 日 住所 _____ 証明者 _____ 氏名 _____
------------	--

直接支払い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。

請求額	出産費・家族出産費	円	※決定額
	出産費附加金・家族出産費附加金	記入不要	円 ※決定額

- ※1 領収書（分娩費用明細付）の写しを添付して下さい。
- 2 直接支払制度を利用した場合には、医療機関に提出した利用同意書の写しを添付して下さい。
- 3 医療機関が産科医療補償制度に加入している場合は、それが分かるものを添付して下さい。（領収書等に証明印も可）

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請・証受領の場合は不要）

職場（代表・直通） Tel 06 (6941) 0351 内線 (〇〇〇〇)
 又は 自宅・携帯 Tel ()

※下記は記入不要です。

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