

共済組合使用欄	決裁欄		
	課長	係長	係員

支給金額					
出産費（家族出産費）	直接支払制度				
出産費（家族出産費）附加金					
合計					

出産費（家族出産費）・同附加金請求書

組合員記入欄	組合員証 記号・番号	XXX - XXXXXXXX	所属	共済	同 区	医療福祉	課
	出産者氏名	横浜 O子		出産者生年月日	昭和	XX年XX月XX日	
	出産児氏名	横浜 Δ子		出産日	平成	23年 6月 1日	
	出産の場所 (医療機関等の名称)	〇〇大学病院		該当 には 記入 の 場合	<input type="checkbox"/> 横浜市職員共済組合の資格喪失後6月以内に出産予定の場合 ※ 現在加入の健康保険 ()		
	直接支払制度利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 利用あり	<input type="checkbox"/> 利用なし		<input type="checkbox"/> 被扶養者（認定前に1年以上被保険者であった場合で、退職後6月以内に出産予定）の場合 ※ 加入していた健康保険 ()		
上記のとおり請求します。 平成XX年XX月XX日 横浜市職員共済組合理事長 様 組合員名義の 振込先金融機関名 OX 銀行 □Δ 支店 普通 □座番号 9999999 (〒000 - 0000) 住所 横浜市中央区港町1-1 氏名 横浜 O子 ※ 請求書中の訂正は、請求印と同印をお願いします。							

証明欄	医師・助産師の証明 への直接支払制度利用の場合「は」はこの証明は不要です。()	出産者氏名		出産日	平成	年	月	日	
		出生児の数	単胎・多胎 () 児	生産・死産流産の別	生産	死産 流産	(妊娠第 週) 胎児が85日以上生存していたことを認める。		
		上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療機関名・所在地 医師・助産師名							
	市区町村長の証明	本籍		筆頭者氏名					
		出生児の母親の氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	
出生児氏名			出生年月日	平成	年	月	日		
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 市区町村長名									

所属記入欄	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				
	所属決裁欄	所属長	課長	係長	係員
所属所長 職名					
氏名					

注) 制度の概要、必要添付種類等については【職員共済ガイド：3 出産と子育て】を参照してください。