

出産費（家族出産費）・同附加金請求書（受取代理制度事前申請用）

申請者（組合員） 記入欄	組合員証 記号・番号	××× - ××××××	所属	〇〇 局 〇〇 課
	出産予定者 氏名	横濱 みなと	出産予定者 生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日
	出産予定日	平成 27 年 2 月 ×× 日	出産予定児数	単胎・多胎（胎）
	出産予定 医療機関	名称 〇×病院 住所 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町3-4-5	<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 <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） ※現在加入の健康保険（ ） ※加入していた健康保険（ ）	
上記のとおり請求します。 平成27年 1月××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 〇▲ 銀行 〇▲ 支店 普通 口座番号 1234567 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) なお、この出産に関して、他保険には出産費、出産育児一時金等の請求はしません。				
請求（申請） 住所 横浜市△△区〇〇町1-2-3-405 組合員 氏名 横濱 みなと			横濱	
※ 請求書中の訂正は、請求印と同印をお願いします。				

申請者である組合員（横濱 みなと）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（ ）（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、甲は出産費又は家族出産費の医療機関等への直接支払制度は利用しません。

甲が請求する出産費（家族出産費）及び出産費附加金（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（※）の受領に関すること。

※の額の上限 1児につき4万円（附加金2万円を含む）但し、産科医療補償制度未加入医療機関等での分娩又は在胎週数22週未満の分娩の場合は4万2千円（附加金2万円を含む）なお、資格喪失者の場合は附加金は含みません。

平成 年 月 日

受取代理人等 記入欄	甲	組合員	住所	横浜市△△区〇〇町1-2-3-405		
			氏名	横濱 みなと		
	乙	医療機関等	所在地			
			名称	Ⓜ		
	受取代理 金融機関	金融 機関名	支店名	種別	普通座	
		口座番号	〇座	7777		
		医療機関ご担当者様	連絡先TEL（ ）	名義人		
		お名前（ ）	・ご所属（ ）			

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

共済組合使用欄			法定給付	附加給付	合計額
課長	係長	係員	支給決定額		
			【受取代理額】		
			【組合員差額】		

★ 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。

【注意】この請求書の必要所（申請者（組合員）記入欄）及び【受取代理人等記入欄】の甲（組合員）の住所・氏名・押印）に記入し、出産予定の医療機関等で必要事項を記載してもらい、「口座振替払（支給決定）通知書」と「母子手帳のコピー」を添付して、区局共済組合担当課へ提出してください。出産予定日の2か月前から受付開始。なお、申請後、当該受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった等の場合は、「出産費等受取代理申請下書」を速やかに提出してください。※「出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）」等の全国共通様式を利用している申請書も可。