

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	—	所属	局 区	課
	出産者氏名			出産者生年月日	昭和 平成 年 月 日
	出産児氏名			出産日	平成 年 月 日
	出産の場所 (医療機関等の名称)			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（ ） <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（ ）	
	直接支払制度利用の有無	<input type="checkbox"/> 利用あり	<input type="checkbox"/> 利用なし		
	上記のとおり請求します。 平成 年 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 銀行 支店 普通 口座番号 (千 一) 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。 住所 組合員 ※ 請求書中の訂正は、請求印と同印をお願いします。 氏名 ㊟				

証明欄	(※証明はどちらか一方で結構です。なお、「医療機関等への直接支払制度利用の場合」はこの証明は不要です。)	医師・助産師の証明	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 (妊娠第 週) 流産 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 ㊟

担当課組合事務	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		
	共済組合事務担当決裁欄		
	課長	係長	係員
			所属所長 職名 または 職務代決者 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。