共済組合使用欄	決裁欄			

記入例

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

証記号・番号	100 － ×××××××	所属	○○区 ○○○○ 課
出産者氏名	横浜　○子	出産者生年月日	昭和 平成 ××年××月××日
出産児氏名	横浜　○実	出産日	平成 令和 ××年××月××日
出産の場所（医療機関等の名称）	○○市立市民病院	該当の場合には記入	□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（　　） □　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	☑利用あり　□利用なし		

上記のとおり請求します。　令和××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　9999999

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　横浜市中区○○○１丁目１番地

組合員　氏名（自署）横浜　○子　㊞

（自署のときは省略可）

証明欄

直接支払制度利用の場合」はこの証明は不要です。）（※証明はどちらか一方で結構です。なお、「医療機関等への

医師・助産師の証明

出産者氏名		出産日	平成 令和　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。

令和　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 令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

市区町村長名　㊞

共済組合事務担当課記載欄

上記の記載事項は、事実と相違ありません。　令和 ××年 ×× 月 ×× 日

共済組合事務担当課決裁欄		
課長	係長	係員
印	印	印

所属所長または職務代決者　職名　氏名

総務課・人事課・職員課等の共済事務担当課で記入・押印をお願いします。

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：５　出産と子育て　５出産費・出産費付加金、家族出産費・家族出産費附加金】参照。

（R２年11月版）