

家族出産費請求書

所属所
受付年月日

						決定額	※		円	
組合員等	記号			フリガナ			所属機関	名称		
	番号			組合員氏名				所在地		
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失年月日	令和	年	月	日	
フリガナ					続柄	家族出産費の場合出産者の扶養認定年月日				
出産者氏名					昭和 平成 令和	年	月	日		
生産または死産の別		1 「生産」の場合		出生児数	人	「死産」の場合				
1 生産	2 死産	2 「死産」の場合		死産児数	人	妊娠からの週数及び日数		〔満週日〕		
出産年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	フリガナ			組合員との続柄		
令和	年	月	日		出産児氏名					
出産に関する医師又は助産師の証明	生産・死産等の別	1 生産			左記のとおり証明します。 証明者 住所 病院名 氏名					
		2 死産 (満週日)								
		3 流産 (妊娠ヶ月)								
		4 母体保護法に基づく人工妊娠中絶								
	出産児数	単胎・多胎 (人)								
	出産年月日	令和	年	月	日					
上記のとおり請求します。										
鳥取県市町村職員共済組合 理事長 様										
令和 年 月 日										
請求者 住所 氏名										
※決裁	令和 年 月 日				局長	次長	課長	合議	主査	

(R7.4.1)

(注) ※印は記入しないでください。

＜出産費及び家族出産費＞(直接支払制度を利用しない場合)

○組合員又は被扶養者が出産した場合、一律 488,000円(産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は12,000円加算)を支給します。

○1年以上組合員であった者が、組合員資格喪失後(任意継続組合員であった者は、その資格を喪失後)6月以内に出産した場合にも支給します。

ただし、資格喪失後から出産するまでの間に、他の組合の組合員の資格を取得した場合は、当共済組合からは出産費は支給できません。

○前の被保険者資格(国民健康保険は除く)を喪失してから6月以内の出産にかかる請求の場合は、前の保険者(国民健康保険は除く)から出産費を受けていない旨の証明書(出産育児一時金未支給証明書:別途様式あり)が必要となります。

○当該請求書は、直接支払制度を利用しない場合にご使用ください。なお、直接支払制度を利用する場合は、「出産費・家族出産費差額請求書」をご使用ください。

○添付書類

「直接支払制度を利用しない旨が記載された合意文書の写」

「領収書の写し」

※産科医療補償制度対象の医療機関の場合、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言を印字やスタンプ等により明記したもの)

「出産費を受けていない旨の証明書」…前の被保険者資格を喪失してから6月以内の出産にかかる請求の場合

○「産科医療補償制度加入医療機関を示す証明書」は当該制度加入医療機関等で出産した場合に必要となります。なお、当該制度未加入の医療機関等で出産した場合は、給付額が488,000円(当該制度加入医療機関の場合は500,000円)となります。

* 出生児に係る被扶養者申告書も同時に手続きしてください。

～直接支払制度について～

組合員又は被扶養者である配偶者・家族の分娩費用を、組合員に代わり共済組合が直接医療機関等に支払います。(申請方法等、詳細については事前に医療機関等で説明があります。)

分娩費用が488,000円未満(産科医療補償制度対象分娩の場合は500,000円未満)の場合、組合員の請求により差額を支給します。