所属所

受付年月日

出産費
家族出産費　請求書

決定額	※　　円

組合員等	記号	○○○○	フリガナ	○○○○　○○○○	所属機関	名称　○○市
	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		○○　○○			本人	昭和 平成 令和　年　月　日

資格喪失後の出産にかかる請求の場合にご記入ください。

家族出産費の請求の場合にご記入ください。

生産または死産の別				「死産」の場合	
1 生産　2 死産	1「生産」の場合	出生児数　○人		妊娠からの週数及び日数	（満　週　日）
	2「死産」の場合	死産児数　人			

出産年月日	フリガナ	○○○○　○○○○	組合員との続柄
令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	出産児氏名	○○　○○	子

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 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	左記のとおり証明します。 証明者　住所　○○市○○町○○ 病院名　○○○○病院 氏名　○○　○○
	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 ○○市○○町○○

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）**
〇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。
〇1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。
〇前の被保険者資格（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。
〇当該請求書は、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。

〇添付書類
　「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

〇「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。