

**出 産 費 同附加金 請求書**  
**家 族 出 産 費 同附加金**

種別	登録番号
31	

制度利用について	<input type="checkbox"/> 直接支払制度 <input type="checkbox"/> 受取代理制度 <input type="checkbox"/> 制度利用なし(窓口全額払い)				
所属所名	出産者	氏名	続柄		
組合員氏名	生年月日	年 月 日			
組合員番号	家族出産費の場合	出産者の被扶養者認定年月日			
		年 月 日			
資格取得日	出産年月日	年 月 日			
	今回出産児数 (流・死産を含む。)	人			
資格喪失日	年 月 日	出産の場所			

●太線枠内を記入してください

医師又は助産師の証明（直接支払制度、受取代理制度を利用しなかった場合にのみ証明が必要です。）

\_\_\_\_\_は、年 月 日に  
 出産・死産・早産・流産（妊娠\_\_\_\_\_か月）したことを証明します。（出産児数 人）

年 月 日 住所 〒  
 機関名  
 氏名 ㊟

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿 退職者の場合  
 電話番号 ( )

年 月 日 住所 〒  
 請求者 氏名 ㊟

\*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合  
決定欄  
課長

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名  
 所属所長 氏名 ㊟

担当者 電話番号

共済組合受付印

課長代理

担当

**【添付書類】**

直接支払制度を利用した場合	受取代理制度を利用した場合
1 領収書・明細書(写) 明細書は、分娩料、代理受取額、窓口支払額、産科医療補償制度掛金額等の内訳が記載されたもの	1 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用) 出産予定日の1、2か月前に請求してください。
制度利用しなかった場合	
1 領収書・明細書(写) 明細書は、出産日、出産児数、分娩料、代理受取額、窓口支払額、産科医療補償制度掛金額等の内訳が記載されたもの	
2 医療機関等が発行する出産費の直接支払制度に関する合意文書(写) 制度利用しない旨の合意内容が記載されたもの	
3 次のア、イいずれかに該当する場合、出産費の請求に係る証明書	
ア 1年以上組合員であった者が退職後(任意継続組合員は資格喪失日から)6か月以内に出産した。	
イ 被扶養者として認定後6か月以内に出産した。	

**【注意事項】**

直接支払制度を利用した場合、医療機関等からの通知を待って出産費の給付処理を行いますので、振込は出産月から3か月程度かかります。

**記入例**

**直接支払制度利用  
組合員本人出産**

**出産費 同附加金 請求書**  
**家族出産費 同附加金**

31

●太線枠内を記入してください

制度利用について	<input checked="" type="checkbox"/> 直接支払制度 <input type="checkbox"/> 受取代理制度 <input type="checkbox"/> 制度利用なし(窓口全額払い)		
所属所名	〇〇局総務部		出産者 氏名 共済 花子 続柄 本人 生年月日 〇〇年 〇月 〇日
組合員氏名	共済 花子		出産者の被扶養者認定年月日 〇〇年 〇月 〇日
組合員番号	0 1 2 3 4 5 6 7	家族出産費の場	本人出産の場合は、記入不要です。
資格取得日	〇〇年 〇月 〇日		出産年月日 〇〇年 〇月 〇日 今回出産児数(流・死産を含む。) 1 人
資格喪失日	退職者のみ記入してください。		出産の場所 〇〇病院

医師又は助産師の証明（直接支払制度、受取代理制度を利用しなかった場合にのみ証明が必要です。）

は、 年 月 日に

出産・死産 年 月 日 児数 人

**直接支払制度、受取代理制度をご利用の場合は、  
医師又は助産師の証明は不要です。**

機関名 氏名

上記のとおり請求します

東京都職員共済 請求年月日を記入してください。 年 月 日

退職者の場合 電話番号 ( )

住所 〒123-4567 東京都新宿区〇〇-〇-〇

請求者 氏名 共済 花子

\*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合 決定欄 課長
課長代理
担当

上記の記載事項は、 証明年月日を記入してください。 年 月 日

所属所長 職名 〇〇局総務部長 氏名 新宿 清太 公印

担当者 戸山 幸子 電話番号 03-XXXX-△△△△

共済組合受付印

**【添付書類】**

直接支払制度を利用した場合	受取代理制度を利用した場合
1 領収書・明細書(写) 明細書は、分娩料、代理受取額、窓口支払額、産科医療補償制度掛金額等の内訳が記載されたもの	1 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用) 出産予定日の1、2か月前に請求してください。
制度利用しない旨の合意内容が記載されたもの	
1 領収書・明細書(写) 明細書は、出産日、出産児数、産科医療補償制度掛金額等の内訳が記載されたもの	
2 医療機関等が発行する出産費の直接支払制度に関する合意文書(写)	
3 次のア、いずれかに該当する場合、出産費の請求に係る証明書 ア 1年以上組合員であった者が退職後(任意継続組合員は資格喪失日から)6か月以内に出生した。 イ 被扶養者として認定後6か月以内に出生した。	

添付書類をよく確認してください。

**【注意事項】**  
 直接支払制度を利用した場合、医療機関等からの通知を待って出産費の給付処理を行いますので、振込は出産月から3か月程度かかります。

**記入例**

受取代理制度利用  
組合員本人出産

出 産 費 同附加金 請 求 書  
家 族 出 産 費 同附加金

31

制度利用について	<input type="checkbox"/> 直接支払制度 <input checked="" type="checkbox"/> 受取代理制度 <input type="checkbox"/> 制度利用なし(窓口全額払い)	
所属所名	〇〇局総務部	出 産 者 氏 名 共 済 花 子 続柄 本人
組合員氏名	共 済 花 子	出 産 者 生 年 月 日 〇 〇 年 〇 月 〇 日
組合員番号	0 1 2 3 4 5 6 7	出 産 者 の 被 扶 養 者 認 定 年 月 日 家族 出 産 費 の 場 合 本人出産の場合は、記入不要です。
資格取得日	〇〇年 〇月 〇日	出 産 年 月 日 今 回 出 産 児 数 (流・死産を含む。) 出産前には、 出産前に手続きを行うので、 当該欄は記入不要です。
資格喪失日	退職者のみ記入してください。	出 産 の 場 所 〇〇助産院

●太線枠内を記入してください

医師又は助産師の証明（直接支払制度、受取代理制度を利用しなかった場合にのみ証明が必要です。）

は、 年 月 日に

出産・死産 年 月 日 児数 人

直接支払制度、受取代理制度をご利用の場合は、  
医師又は助産師の証明は不要です。

機関名 氏名

上記のとおり請求します

東京都職員共済会 請求年月日を記入してください。

年 月 日 住所 〒123-4567 東京都新宿区〇〇-〇-〇

請求者 氏名 共 済 花 子

退職者の場合 電話番号 ( )

\*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合  
決定欄  
課長

上記の記載事項は、 証明年月日を記入してください。

年 月 日

所属所長 職名 〇〇局総務部長 氏名 新宿 清太 公印

担当者 戸山 幸子 電話番号 03-XXXX-△△△△

共済組合受付印 課長代理

担 当

【添付書類】

直接支払制度を利用した場合	受取代理制度を利用した場合
1 領収書・明細書(写) 明細書は、分娩料、代理受取額、窓口支払額、産科医療補償制度掛金額等の内訳が記載されたもの	1 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用) 出産予定日の1、2か月前に請求してください。
制度利用しなかった	添付書類をよく確認してください。
1 領収書・明細書(写) 明細書は、出産日、出産児数、分娩料、代理受取額、窓口支払額、産科医療補償制度掛金額等の内訳が記載されたもの	
2 医療機関等が発行する出産費の直接支払制度に関する合意文書(写) 制度利用しない旨の合意内容が記載されたもの	
3 次のア、いずれかに該当する場合、出産費の請求に係る証明書 ア 1年以上組合員であった者が退職後(任意継続組合員は資格喪失日から)6か月以内に出産した。 イ 被扶養者として認定後6か月以内に出産した。	

【注意事項】

直接支払制度を利用した場合、医療機関等からの通知を待って出産費の給付処理を行いますので、振込は出産月から3か月程度かかります。

記入例

制度利用なし(窓口全額払い)  
被扶養者出産

出産費 同附加金  
家族出産費 同附加金

請求書

31

制度利用について	<input type="checkbox"/> 直接支払制度 <input type="checkbox"/> 受取代理制度 <input checked="" type="checkbox"/> 制度利用なし(窓口全額払い)							
所属所名	〇〇局総務部			出産者氏名	共済ひとみ	続柄	妻	
組合員氏名	共済太郎			出生年月日	〇〇年 〇月 〇日			
組合員番号	0	1	2	3	4	5	6	7
資格取得日	〇〇年 〇月 〇日			家族出産費の場	出産者の被扶養者認定年月日			
資格喪失日	〇〇年 〇月 〇日			数	1 人			
				所	〇△病院			

●太線枠内を記入してください

被扶養者認定から6か月以内の出産の場合、出産費の請求に係る証明書を添付してください。  
出産日から過去6か月以内に複数の健康保険組合に加入している場合は、それらすべての組合から証明書を取得してください。

医師又は助産師の証明（直接支払制度、受取代理制度を利用しなかった場合にのみ証明が必要です。）

共済ひとみ は、 〇〇年 〇月 〇日に  
 出産・死産・早産・流産（妊娠 〇 月）したことを証明します。（出産児数 1 人）

〇〇年 〇月 〇日 住所 〒111-1234 東京都中央区明石町〇-〇-〇  
 機関名 〇△病院 氏名 鴻鳥 一郎

上記のとおり請求します  
 東京都職員共済 〇〇年 〇月 〇日 住所 〒123-4567 東京都新宿区〇〇-〇-〇  
 請求者 氏名 共済太郎

退職者の場合  
 電話番号 ( )

\*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合  
決定欄  
課長

上記の記載事項は、 〇〇年 〇月 〇日 証明年月日を記入してください。

所属所長 職名 〇〇局総務部長  
 氏名 新宿 清太  
 担当者 戸山 幸子 電話番号 03-XXXX-△△△△

共済組合受付印

課長代理

担当

【添付書類】

直接支払制度を利用した場合	受取代理制度を利用した場合
1 領収書・明細書(写) 明細書は、分娩料、代理受取額、窓口支払額、産科医療補償制度掛金額等の内訳が記載されたもの	1 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用) 出産予定日の1、2か月前に請求してください。
制度利用しなかった場合	
1 領収書・明細書(写) 明細書は、出産日、出産児数、分娩料、代理受取額、窓口支払額、産科医療補償制度掛金額等の内訳が記載されたもの	
2 医療機関等が発行する出産費の直接支払制度に関する合意文書(写) 制度利用しない旨の合意内容が記載されたもの	
3 次のア、いずれかに該当する場合、出産費の請求に係る証明書 ア 1年以上組合員であった者が退職後(任意継続組合員は資格喪失日から)6か月以内に出産した。 イ 被扶養者として認定後6か月以内に出産した。	

添付書類をよく確認してください。

【注意事項】

直接支払制度を利用した場合、医療機関等からの通知を待って出産費の給付処理を行いますので、振込は出産月から3か月程度かかります。