

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			
組合員証番号	家族出産費の場合	出産者の被扶養者認定年月日			
資格取得日	年 月 日	出産年月日	年 月 日		
資格喪失日	年 月 日	今回出産児数(流・死産を含む)	人		
	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 _____ 印

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 _____ 印

*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 _____ 印
 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、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
組合員証番号	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 印

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 共済 印

*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 公印
氏名 新宿 清太 印
担当者 戸山 幸子 電話番号 03-1234-5678

共済組合受付印

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。	
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
組合員氏名	共済 花子	氏 名
組合員証番号	0 1 2 3 4 5 6 7	続柄
資格取得日	〇〇年 〇月 〇日	本人
資格喪失日	退職者のみ記入してください。	生年月日
		〇〇年 〇月 〇日
		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。
		出産年月日
		出産前に手続きを行うので、当該欄は記入不要です。
		今回出産児数(流・死産を含む)
		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 印

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

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 共済 印

*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 03-1234-5678

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。
2 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。	添付書類をよく確認してください。
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

●太線枠内を記入してください

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			
組合員証番号	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	〇〇年 〇月 〇日			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	
	〇〇年 〇月 〇日			所	〇△病院			

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 鴻鳥印

上記のとおり請求します

東京都職員共済 作成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 共済太郎 共済印

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。

上記の記載事項は、証明年月日を記入してください。す。

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 03-1234-5678

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。