

# 出 産 費 請 求 書 (制度不使用時)

## 家 族 出 産 費

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市	組合員氏名	所 属	
資格取得 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日
出産者氏名			出産の場所 (医療機関名称)	
出産年月日	令和 年 月 日	出生児氏名 及び続柄	(続柄)	
該当する 場合記入	<input type="checkbox"/> 組合員本人が退職後6か月以内に出産の場合 現在加入の健康保険 ( ) <input type="checkbox"/> 被扶養者が認定前に1年以上被保険者であった場合で、退職後6か月以内に出産の場合 加入していた健康保険 ( )			
証 明 欄 (証明はどちらか一方で結構です。)	医師又は助産師の証明	出産者氏名	出 産 日	令和 年 月 日
	市区町村長の証明	出生児の数	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 満 週 死 産 ( ) 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名称・所在地 医師又は助産師氏名 <span style="float: right;">⑩</span>			
	本 籍	筆 頭 者 氏 名		
出生児の 母親の氏名	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
出生児の氏名	出 生 年 月 日	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 <span style="float: right;">⑩</span>				
上記のとおり請求します。  仙台市職員共済組合理事長 様  令和 年 月 日  住 所  組 合 員 氏 名 <small>(自署又は記名押印)</small>  日 中 連 絡 先 電 話 番 号			所 属 所 確 認 欄 ( 課 収 受 印 )	

- 【添付書類】
1. 必須書類 分娩機関から交付された「領収書(写)」と「合意文書(写)」
  2. 「産科医療補償制度加入機関」で出産した場合 分娩機関で所定の印が押された領収書又は請求書の写し
  3. 死産、早流産の場合 妊娠週と医師の証明がわかるもの(母子手帳の出産の状態のページ(写)又は、死産証明書(写))

共 済 組 合 受 付 印	共 済 組 合 処 理 欄		
決定額	出 産 費		円
	家 族 出 産 費		円