

出産費請求書 (制度不使用時)

記入例

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙市 1234567	組合員氏名	共済 花子	所属	〇〇局 △△課
資格取得 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年4月1日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日		
出産者氏名	共済 花子		出産の場所 (医療機関名称)	〇〇レディースクリニック	
出産年月日	令和 7年3月1日		出生児氏名 及び続柄	共済 太郎 (続柄) 長男	
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	
		出生児の数	単胎・多胎 () 児	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 (印)			
	市区町村長の証明	本籍	筆頭者氏名	令和 年 月 日	
	出生児の 母親の氏名		令和 年 月 日		
	出生児の氏名		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 (印)				
上記のとおり請求します。			所属課 確認欄 (課 収 受 印)		
仙台市職員共済組合理事長 様 令和 〇年 〇月 〇日 住 所 仙台市青葉区〇〇1-2-3 組 員 氏 名 共済 花子 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 電 話 番 号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			所属課で 文書收受印 を押印		

- 【添付書類】
- 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)」
 - 「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
 - 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