様式第3号

決裁欄	事務局次長	係　長	係　員	出産費資金貸付 有・無	取得日・認定日	喪失日
				給付額決定 年　月　日	令和　年　月　日	
出産費・家族出産費　支給額				円		

直接支払制度
該当 ・ 非該当
医療機関への支払金額
円

出　産　費　・　家　族　出　産　費　　請　求　書

組合員記入欄

組合員	(記号) 1 (番号) 1234567	(氏名) 共済　太郎
所属所名称	○○局	
出産年月日	令和 6 年 10 月 1 日 (生産)・死産	(単胎)・多胎（　　児） 在胎 40 週 0 日
出産の場所	(所在地) 大阪市○○区○○　×－×－×	
	(名称) 医療法人　○○クリニック	
出産した被扶養者の氏名及び生年月日(家族出産費の場合のみ)	(氏名) 共済　花子	(昭和)・平成 ○○年 ○○月 ○○日生
被扶養者の前健保確認(資格取得が出産年月日以前6か月以内の場合のみ)	(記号) ○○ (番号) ○○ ○○	(保険者名称および連絡先TEL) ○○健康保険組合 (○○) ○○○○-○○○○

上記のとおり請求します。　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住　所　大阪市○○区○○　×－×－×

組合員　氏　名　共済　太郎

連絡先(電話番号)　○○-○○○○-○○○○

大阪市職員共済組合理事長　あて

医師又は助産師の証明

出産した者の氏名及び生年月日	(氏名) 共済　花子	(昭和)・平成 ○○年 ○○月 ○○日生
出産年月日	令和 ○○年 ○○月 ○○日	
(生産)・死産	(単胎)・多胎（　　児）	在胎 40 週 0 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　所在地・連絡先　大阪市○区○○　×－×－×　06-****-****

名称　医療法人　○○クリニック

(医師)・助産師名　○○　○○

市区町村長の証明

本籍	大阪市○○区○○　×－×－×	筆頭者氏名	共済　太郎
出生児の母親の氏名及び生年月日	(氏名) 共済　花子	(昭和)・平成	○○年 ○○月 ○○日生
出生年月日	令和 ○○年○○月○○日	出生届出日	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　○○　○○　印 ㊞

証明はどちらか一方で構いません。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　年　月　日

所属機関の長又は所属所長

所属所（市長部局にあっては総務事務センター）において証明しますので、記入する必要はありません。

受付印

（注）1 「直接支払制度にかかる医療機関等との合意文書」(写)および、代理受取額が記載された「費用の領収・明細書」(写)、産科医療補償制度対象分娩の場合には当該スタンプ印が押印された「費用の領収・明細書」(写)を添付してください。

2 資格取得が出産年月日以前6か月以内の場合は、前健保から不支給である旨確認が必要です。不支給証明書があれば、添付してください。