

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
	出産費・家族出産費 支給額			給付額決定 年 月 日	令和 年 月 日	
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 証	組 合 員 証 (記号) (番号) (氏名)	1 - 1234567 共済 太郎
	所 属 所 名 称	〇〇局
	出 産 年 月 日	平・令 21 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) 大阪市〇〇区〇〇 ×-×-× (名称) 医療法人 〇〇クリニック
記 入 欄	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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 生 平成
	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) 〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇健康保険組合 (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 生 平成
	出 産 年 月 日	平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	生産・死産 単胎・多胎 (児) 在胎 40 週 0 日	
市 区 町 村 長 の 証 明	本 籍	大阪市〇〇区〇〇 ×-×-× 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 生 平成
	出 生 年 月 日	平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 出生届出日 平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	市 区 町 村 長 名	〇〇 〇〇
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
所属機関の長 職 名		
又は所属所長 氏 名		

証明はどちらか一方
で構いません。



(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。