

**見本**  
直接支払制度利用有り

共済組合決裁欄			
係員	合議	係長	事務局次長

出産費

家族出産費

請求書

資格情報のお知らせ(直近で交付されたもの)等をご参照ください。

請求額		百万		千		円
						円
						円
加金						円

組合員の記入欄	組合員 記号 - 番号	記号 〇〇〇	番号 - 〇〇〇〇〇〇〇〇	組合員氏名 (本人)	共済 花子	
	資格取得年月日	平成 令和	25 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職者のみ)	令和	年 月 日
	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課		電話	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 内線 △△△△△	
	出産した人の氏名	共済 花子		続柄( )	本人	
	出産した人の 資格取得年月日 (本人除く)	平成 令和	年 月 日	出産した年月日	令和	6 年 5 月 5 日
	出産した場所	◇◇◇◇◇病院 電話 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇		死産の場合	妊娠 週目( 日)	
	共済組合加入前の状況について、次に該当する場合は項目に記入し、「不支給証明書」を添付してください。 なお、国民健康保険の場合は、「不支給証明書」は不要ですが、その場合は市区町村名を記入ください。					
	被扶養者が認定後6か月 以内に出産した場合	加入していた保険者の名称	加入していた者の氏名	加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	直接支払制度利用を「利用した」か「利用していない」かを該当するところに「○」をご記入し、添付書類を提出ください。					
	直接支払 制度利用 の有無	利用した		利用して いない		
上記のとおり請求します。 川崎市職員共済組合理事長 様 令和 6 年 5 月 15 日 請求者 郵便番号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (組合員) 住 所 川崎市〇〇区〇〇町〇番地 氏 名 共済 花子						

※「直接支払制度を利用した場合」はこの証明は不要です(死産および流産の場合を除く。)

証明欄	医師・助産師の証明	出産した人の氏名	出産した年月日	令和	年 月 日
		生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週( 日))	出生児の数	単胎・多胎( 児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地・医療機関名 医師・助産師の氏名				

(記入上の注意)

- ・ 字句を訂正するときは、誤った箇所を二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。
- ・ 死産及び流産による出産の場合は、証明書欄に医師または助産師の証明をもらってください。

(添付書類)

- ※1 合意(同意)文書の写し
- ※2 出産年月日、出産児数、出産費用の合計金額、入院日数の記載された領収明細書の写し  
(産科医療保障制度を利用の場合、スタンプ印または指定の文言及び内訳欄に掛金の記載のあるもの)
- ※3 不支給証明書(被扶養者認定後6か月以内に出産した場合で直前の保険者が国民健康保険以外だった場合)



**見本**  
被扶養者が出産した場合  
直接支払制度利用有り

共済組合決裁欄			
係員	合議	係長	事務局次長

出産費

家族出産費

請求書

資格情報のお知らせ(直近で交付されたもの)等をご参照ください。

組合員の記入欄	組合員 記号 - 番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	組合員氏名 (本人)	共済 太郎	
	資格取得年月日	平成 令和	25 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職者のみ)	令和	年 月 日
	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課		電話	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 内線 △△△△△	
	出産した人の氏名	共済 花子		続柄( )	妻	
	出産した人の 資格取得年月日 (本人除く)	平成 令和	31 年 4 月 4 日	出産した年月日	令和	6 年 3 月 3 日
	出産した場所	◇◇◇◇◇病院 電話 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇		死産の場合	妊娠	週目( 日)
	共済組合加入前の状況について、次に該当する場合は項目に記入し、「不支給証明書」を添付してください。 なお、国民健康保険の場合は、「不支給証明書」は不要ですが、その場合は市区町村名を記入ください。					
	被扶養者が認定後6か月 以内に出産した場合	加入していた保険者の名称	加入していた者の氏名	加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	直接支払制度利用を「利用した」か「利用していない」かを該当するところに「○」をご記入し、添付書類を提出ください。					
	直接支払 制度利用 の有無	利用した		利用して いない		
上記のとおり請求します。 川崎市職員共済組合理事長 様 令和 6 年 5 月 15 日 請求者 郵便番号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (組合員) 住 所 川崎市〇〇区〇〇町〇番地 氏 名 共済 太郎						

証明欄	※「直接支払制度を利用した場合」はこの証明は不要です(死産および流産の場合を除く。)					
	出産した人の氏名				出産した年月日	令和 年 月 日
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週( 日))	出生児の数	単胎・多胎( 児)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地・医療機関名 医師・助産師の氏名					

(記入上の注意)

- ・ 字句を訂正するときは、誤った箇所にも二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。
- ・ 死産及び流産による出産の場合は、証明書欄に医師または助産師の証明をもらってください。

(添付書類)

- ※1 合意(同意)文書の写し
- ※2 出産年月日、出産児数、出産費用の合計金額、入院日数の記載された領収明細書の写し  
(産科医療保障制度を利用の場合、スタンプ印または指定の文言及び内訳欄に掛金の記載のあるもの)
- ※3 不支給証明書(被扶養者認定後6か月以内に出産した場合で直前の保険者が国民健康保険以外だった場合)

**見本**  
被扶養者が出産した場合  
直接支払制度利用無し

共済組合決裁欄			
係員	合議	係長	事務局次長

出産費

家族出産費

請求書

資格情報のお知らせ(直近で交付されたもの)等をご参照ください。

	百万	千	円
			円
			円
金			円

組合員の記入欄	組合員 記号 - 番号	記号 〇〇〇	番号 - 〇〇〇〇〇〇〇〇	組合員氏名 (本人)	共済 太郎		
	資格取得年月日	平成 令和	25 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職者のみ)	令和	年	月 日
	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課			電話	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇	
					内線	△△△△△	
	出産した人の氏名	共済 花子			続柄(	妻 )	
	出産した人の 資格取得年月日 (本人除く)	平成 令和	2 年 2 月 1 日	出産した年月日	令和	6 年 5 月 5 日	
	出産した場所	◇◇◇◇◇病院			死産の場合	妊娠 週目( 日)	
		電話 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇					
	共済組合加入前の状況について、次に該当する場合は項目に記入し、「不支給証明書」を添付してください。 なお、国民健康保険の場合は、「不支給証明書」は不要ですが、その場合は市区町村名を記入ください。						
	被扶養者が認定後6か月 以内に出産した場合		加入していた保険者の名称	加入していた者の氏名	加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
直接支払制度利用を「利用した」か「利用していない」かを該当するところに「○」をご記入し、添付書類を提出ください。							
直接支払 制度利用 の有無	利用した			利用して いない			
<small>(添付書類)</small> 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し(※1) 2. 出産費用の領収・明細書の写し(※2)							
<small>(添付書類)</small> 1. 医療機関と交わした直接支払制度合意文書の写し(※1) 2. 出産費用の領収・明細書の写し(※2) 3. 出生届出済証明の写し、医師・助産師の証明または世帯全員の住民票(続柄記載有り)のいずれかが必要です。							
上記のとおり請求します。 川崎市職員共済組合理事長 様 令和 6 年 5 月 15 日 請求者 郵便番号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (組合員) 住 所 川崎市〇〇区〇〇町〇番地 氏 名 共済 太郎							

※「直接支払制度を利用した場合」はこの証明は不要です(死産および流産の場合を除く。)

証明欄	出産した人の氏名	共済 花子		出産した年月日	令和 5 年 5 月 5 日
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 39 週( 4 日))		出生児の数	単胎・多胎( 2 児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 5 年 5 月 10 日 所在地・医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院 医師・助産師の氏名 医師 △△△△△				

(記入上の注意)

- ・ 字句を訂正するときは、誤った箇所にも二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。
- ・ 死産及び流産による出産の場合は、証明書欄に医師または助産師の証明をもらってください。

(添付書類)

- ※1 合意(同意)文書の写し
- ※2 出産年月日、出産児数、出産費用の合計金額、入院日数の記載された領収明細書の写し  
(産科医療保障制度を利用の場合、スタンプ印または指定の文言及び内訳欄に掛金の記載のあるもの)
- ※3 不支給証明書(被扶養者認定後6か月以内に出産した場合で直前の保険者が国民健康保険以外だった場合)

# 見本

組合員期間6か月以内の  
被扶養者が出産した場合  
直接支払制度利用有り

出産費

家族出産費

請求書

資格情報のお知らせ(直近で交付されたもの)等をご参照ください。

共済組合決裁欄

係員	合議	係長	事務局次長

	百万	千	円
			円
			円
金			円

組合員の記入欄	組合員 記号 - 番号	記号 〇〇〇	番号 - 〇〇〇〇〇〇〇〇	組合員氏名 (本人)	共済 太郎
	資格取得年月日	平成 令和	25 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職者のみ)	令和 年 月 日
	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課			電話 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 内線 △△△△△
	出産した人の氏名	共済 花子 続柄( 妻 )			
	出産した人の 資格取得年月日 (本人除く)	平成 令和	6 年 2 月 1 日	出産した年月日	令和 6 年 5 月 5 日
	出産した場所	◇◇◇◇◇病院 電話 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇			出産した日6か月前までの加入が次のような場合 ① 共済または健保(～令和3年12月10日) ② 国保(令和3年12月11日～令和4年1月31日) ③ 当共済組合(令和4年2月1日～) 当組合及び国保以外の、①について記入してください。
	共済組合加入前の状況について、次に該当する場合は項目に記入し、「不支給証明書」は不要ですが、その場合は「不支給証明書」は不要ですが、その場合は				
	被扶養者が認定後6か月 以内に出産した場合	加入していた保険者の名称	加入していた者の氏名	加入していた期間	
		横浜市職員共済組合	共済 花子	平成 27 年 4 月 1 日 ~ 令和 5 年 12 月 10 日	
	直接支払制度利用を「利用した」か「利用していない」かを該当するところに「○」をご記入し、添付書類を提出ください。				
直接支払 制度利用 の有無	利用した	利用していない			
上記のとおり請求します。 川崎市職員共済組合理事長 様 令和 6 年 5 月 15 日 請求者 郵便番号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (組合員) 住 所 川崎市〇〇区〇〇町〇番地 氏 名 共済 太郎					

※「直接支払制度を利用した場合」はこの証明は不要です(死産および流産の場合を除く。)

証明欄	医師・助産師の証明	出産した人の氏名	出産した年月日	令和 年 月 日
		生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週( 日))	出生児の数 単胎・多胎( 児)
		上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
		所在地・医療機関名 医師・助産師の氏名		

(記入上の注意)

- ・ 字句を訂正するときは、誤った箇所にも二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。
- ・ 死産及び流産による出産の場合は、証明書欄に医師または助産師の証明をもらってください。

(添付書類)

- ※1 合意(同意)文書の写し
- ※2 出産年月日、出産児数、出産費用の合計金額、入院日数の記載された領収明細書の写し  
(産科医療保障制度を利用した場合、スタンプ印または指定の文言及び内訳欄に掛金の記載のあるもの)
- ※3 不支給証明書(被扶養者認定後6か月以内に出産した場合で直前の保険者が国民健康保険以外だった場合)