						<u> </u>		口 附	T	不区	# 1	为内认政
	出	産費		== - 	決定額		百万		=	f		H
	家族出産費		請求書		=		□直接支払制度 □出産費·家族出産費					円円
			費		内訳		□出産費・家族出産賃		加金		+	円
							ALX III MELL		VF 312		_ !	
組合員の記入欄	ī	組合員 記号 - 番号	記号	番号 — —			組合員氏名 (本人)					
	資	格取得年月日	平成 令和	年	月		格喪失年月 (退職者のみ)		年	<u> </u>	月	日
		所属				電話 内線	(()				
		産した人の氏名					続柄()			
		出産した人の 【格取得年月日 (本人除く)	平成 令和	年	月	日出	は産した年月1	日 令和	年	Ē	月	日
		出産した場所		電話	()		死産の場			週目	
	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 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									0		
	以内に出産した場合(※3)									年 年	月	日~
	直	接支払制度利	用を「利	用した」か「利用して	ていない」かを	該当	するところに「	〇」をご記入し	、添付			
	直接支払制度利用 の有無					の写し(※	利用しいない	て 2. 出産費用の 3. 出生届出済	(添付書類) 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。			明または
	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 年 月 日											
		令和	#	月日	郵便番号							
	(組合員) 住 所											
				自宅番号		()					
	氏 名											
	->	※「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					出産した年月		年		月	日
	医師・	生産又は死産の	の別生	産・死産(妊娠	週(日))	出生児の数	数 単原	怡 •	多胎(,	児)
	助産	上記のとお		建ないことを証明し	します 。		•	•				
	師	令和	年	月	日							

共済組合決裁欄

(記入上の注意)

の証

明

・ 字句を訂正するときは、誤った箇所に二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。

所在地•医療機関名

医師・助産師の氏名

・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)