

出産費・家族出産費 請求書

組 合 員 記 入 欄	組合員 記号 番号		組合員氏名 (フリガナ)		所属					
	-				(所属TEL -)					
	組合員資格取得年月日		組合員資格喪失年月日(退職者のみ)							
	年 月 日		年 月 日							
	出産した人の氏名		続柄		出産した人の生年月日					
			本人 ・ 配偶者 ・ その他()		年 月 日					
	出産年月日		出生児氏名(死産時記入不要)		出産の場所					
	年 月 日									
	組合員が退職後6か月以内に出産した場合		出産日当日に加入している健康保険について							
			保険者名		被保険者氏名		記号・番号			
被扶養者が認定後6か月以内に出産した場合		認定直前に加入していた健康保険について								
		保険者名		記号・番号等		加入時の氏名		加入期間		
				本人 家族				～ 年 月 日		
振込先 金融機関		銀行 金庫 組合		本店 支店 部		普通		口座番号(最大7桁・右詰め) ゆうちょ銀行は振込用の口座番号(7桁)		
※組合員名義				ゆうちょ銀行は振込用支店名(3桁)						
上記のとおり請求します。										
(あて先) 札幌市職員共済組合 理事長										
年 月 日 住所										
組合員 氏名										
〒										
※ 直接支払制度を利用しない場合のみ、本欄に証明が必要です。										
医師・助産師記入欄										
出産した人の氏名			出産した年月日		出産児の数		生産または死産の別			
			年 月 日		単胎 ・ 多胎(児)		生産 ・ 死産(妊娠 か月 週目)			
上記のとおり相違ないことを証明する。										
医療機関等の 所在地及び名称					医師・助産師 氏名					印
所属長記入欄										
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。										
年 月 日										
職名										
所属長										
氏名										印
※任意継続組合員の方は記載不要です。										

【添付書類】

- ☐ 組合員名義の普通預金口座の通帳又はキャッシュカードの写し
- ☐ 出産日・出産者氏名・直接支払制度および産科医療補償制度の適用の有無等が記載された出産費用明細(内訳)書等の写し
- ☐ 医療機関等と交わした「代理契約に関する合意文書」の写し

共 済 組 合 記 入 欄	現金給付 給種・枝番	出140・家150 -	共 済 組 合 決 裁 欄	事務局長	課 長	係 長	係
	出産費	円					
	家族出産費	円					