

※この頁は記載例です。
請求に使う様式は、次頁にあります。

出産費・家族出産費 請求書【記載例・注意事項補足】

組合員証 記号 ※保険証左上の「記号」と右上の「番号」を照らし合わせて入力してください。 1 - 20123456	組合員証(保険証)の記号・番号を確認のうえ記入してください。※英字は入 りません。数字のみです。なお、保険者番号「32010316」ではありません。	●●局▲▲部■課 (所属TEL.×××-××××)
組合員資格取得年月日 昭和 24年 4月 1日 平成	組合員資格喪失年月日(退職者のみ) 平成 年 月 日	
出産した人の氏名 溪流 玄子	続柄 本人・配偶者・その他()	出産した人の生年月日 昭和 1年 3月 3日 平成
出産年月日 平成 25年 2月 15日	出生児氏名(死産時記入不要) (フリガナ) ケイリュウ カズト 溪流 和人	出産の場所 ××産婦人科
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 保険証の記号・番号	
被扶養者が暫 定後6か月以内 に加入した場合	いずれかに該当する出産の場合は、忘れず記入してください。 加入時期 加入時期の氏名 加入期間 本人 家族 ~ 平成 年 月 日	
振込先 金融機関 ※組合員名義	銀行 本店 預金種目 口座番号(右詰め) ◆◆◆ ◆◆◆ 普通 1234567	
上記のとおり (あて先) 札幌市職員共済組合 理事長 平成 25年 4月 1日 組合員	住所 〒000-0000 札幌市〇〇区△△1条 2丁目3番4-506号 氏名 溪流 荘一郎	振込先金融機関・本文店名・口座名義人・口座種別・口座番号が確認できる通帳等のコピーを添付してください。 (※ゆうちょ銀行の場合、振込用の支店名(3桁)と口座番号(7桁)の記載がある通帳のコピー等に限ります。)
※ 直接支払制度を利用しない場合のみ証明が必要です。	出産した人の氏名 出産した年月日 出生児の数 生産または死産の別 昭和 年 月 日 産前・産後() 産前・産後() 産前・産後()	
直接支払制度を利用しない場合のみ、医師または助産師から証明を受けてください。 ※なお、証明を受けるのにあたって、文書料等の費用が必要な場合、その費用は全額自己負担となります。	医療機関等の 所在地及び名称 医師・助産師 氏名	※この頁は記載例です。 請求に使う様式は、次頁にあります。
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。 平成 25年 4月 1日	職名 ●●局▲▲部■課長 氏名 札幌 みどり	
※任意継続組合員の方は記入不要です。		

- 【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
 - 出産日や出産者氏名、直接支払制度や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

共済給付 給種・枝番	出140・家150 -	共済給 事務局長	課長	係長	係
合記入 出産費 家族出産費		共済組合が処理する欄です。記入不要			

添付書類を確認のうえ、庁内メール等で
「札幌市職員共済組合」宛にお送りください。
※お持ちいただく必要はありません。

▼共済給付金の支給時期について…

この請求による共済給付金は、通常毎月10日締めで、月末に指定口座への振込で支給しています。
(例:3月12日提出→4月10日締め→4月末支給)

ただし、診療内容等の点検・審査、医療機関等の確認に日数を要することがあり、長い場合は数ヶ月かかることがあります。支給可否や支給金額が決定された場合は、別途通知文書で組合員あてに通知します。文書の内容をご確認ください。

出産費・家族出産費 請求書

組 合 員 記 入 欄	組合員証 記号 番号 ※保険証左上の「記号」と右上の「番号」です。 -		組合員氏名 (フリガナ)		所属 (所属TEL)			
	組合員資格取得年月日 昭和 年 月 日 平成		組合員資格喪失年月日(退職者のみ) 平成 年 月 日					
	出産した人の氏名		続柄 本人・配偶者・その他()				出産した人の生年月日 昭和 年 月 日 平成	
	出産年月日 平成 年 月 日		出生児氏名(死産時記入不要) (フリガナ)		出産の場所			
	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				保険証の記号・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		被保険者氏名		加入期間 ~ 平成 年 月 日		
振込先 金融機関 ※組合員名義		銀行 金庫 組合		本店 支店 部		預金種目 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)		
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 住所 平成 年 月 日 組合員 氏名 印								
医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	※ 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。							
	出産した人の氏名		出産した年月日 平成 年 月 日		出産児の数 単胎・多胎(児)		生産または死産の別 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。 平成 年 月 日							
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。 平成 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
- 出産日や出産者氏名、直接支払制度や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					