

□ 出 産 費 (給付種別140)
□ 家族出産費 (給付種別150)

請求書

(施行規程第111条関係)

所属所名			組合員等 記号番号	記号	番号	
組合員氏名						
出産者氏名	(続柄)		出産者扶養 認定年月日	平成・令和	年	月 日
出産年月日	令和	年 月 日	出産児数	児	死産児数	児
出産の場所	共済大学病院					
医師又は 助産師の 証明欄	出産者氏名		生産死産の別 ①又は②のい ずれかを○で囲 み、②の場合は その死亡状況を 記入してくださ い。)	①生産 ②死産(妊娠 週 日目に娩出) 【胎児の死亡の状況】 ・妊娠 週 日目にすでに死亡 ・娩出進行中に死亡 ・その他()		
	出産年月日	令和 年 月 日				
	出産児数	①単胎 ②多胎 (児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関の名称・所在地 医師・助産師の氏名 (印)					
資格の状況	裏面の注意事項3をよくご覧のうえ、該当するものを○で囲んでください。					
出産費請求 の場合	①当共済組合の組合員であり、当共済組合に加入後6月を経過している。					
	②当共済組合の組合員であり、国民健康保険・健康保険組合等又は他の共済組合の被保険者の資格喪失後6月以内の出産である。					
	③現在は健康保険組合等又は他の共済組合等の被保険者であり、当共済組合の退職後6月以内の出産である。					
	④現在は健康保険組合等又は他の共済組合等の被保険者の被扶養者であり、当共済組合の退職後6月以内の出産である。					
	⑤現在は国民健康保険に加入しており、退職して当共済組合の退職後6月以内の出産である。					
家族出産費請求 の場合	⑥当共済組合の組合員の被扶養者になってから6月を経過している。					
	⑦当共済組合の組合員の被扶養者であり、国民健康保険の資格喪失後6月以内の出産である。					
	⑧当共済組合の組合員の被扶養者であり、健康保険組合等又は他の共済組合等の被保険者の資格喪失後6月以内の出産である。					
上記のとおり請求します。 新潟県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名 (印) 本人自ら署名する場合は、押印不要です。						
記載事項(裏面の申告を含む。)は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名					所属所受付印	

添付書類

- ①直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書の写し(直接支払制度を利用しない旨の記載のあるもの)
②医療機関等から交付される出産費用の内訳として、産科医療補償制度、代理受取額、妊婦合計負担額等が明記されている領収・明細書の写し(産科医療補償制度対象の出産の場合は、その記載があるもの)
③次の書類を添付することにより、「医師又は助産師の証明欄」への証明に代えることができます。
・生産の場合 「出生証明書(出生届)」の写し又は母子健康手帳の「出産の状態」のページの写し
・死産の場合 「死産証書(死胎検案書)」又は「死胎火葬許可証」の写し
※この請求書は、直接支払制度を利用しない場合の出産費・家族出産費の請求に使用してください。

出産費 家族出産費	単胎	万円	課長	係長	係	検認	入力日	共済組合受付印
	多胎	()児 万円						

注 意 事 項

1. 妊娠4か月以上（妊娠12週1日以上又は85日以上をいう。以下同じ。）の異常分娩又は母体保護法に基づく妊娠4か月以上の胎児の人工妊娠中絶手術をした場合も、「出産」に該当するものとして、出産費・家族出産費が支給されます。
2. 妊娠4か月以上を経過して胎児であったものを娩出した場合において、その胎児であったものが妊娠4か月未満で死亡していたときは、出産費・家族出産費は支給されません。
3. 請求書表面の「資格の状況」に関する注意点

該当する番号	旧保険者に請求	当共済組合に請求
①	×	○
②	×	○
③	○	×
④	△ (退職の時まで、引き続き1年以上当共済組合に加入していること)	
⑤	×	○※
⑥	×	○
⑦	×	○
⑧	△ (退職の時まで、引き続き1年以上健康保険組合等、または他の共済組合等に加入していること)	

○:請求可能

×:請求不可

△:どちらか一方に請求可能

「△」は、カッコ内の条件を満たし、且つ下記の申立欄に記入する必要があります。

※:各市町村の条例による

申立欄(組合員本人用)		
元組合員が現在加入している健康保険等の名称 (保険者名)および連絡先 名称の例: ○○市国民健康保険 ○○健康保険組合 全国健康保険協会 ○○支部 等	名称 住所 TEL	
元組合員_____の出産に係る給付は、新潟県市町村職員共済組合に請求するものとし、現在加入している保険者に対して受給権を放棄する旨申し立てます。また万が一、現保険者と貴組合との双方から同様の給付を受けた場合には、貴組合からの給付について、遅滞なくこれを返還するものとし、このことに関しては貴組合に対し一切迷惑をお掛けしません。 新潟県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 申立者 ㊟ 本人自ら署名する場合は、押印不要です。		

申立欄(被扶養者用)		
被扶養者の旧勤務先		
被扶養者が加入していた健康保険等の名称 (保険者名)および連絡先 名称の例: ○○健康保険組合 全国健康保険協会 ○○支部 等	名称 住所 TEL	
被扶養者_____の出産に係る給付は、新潟県市町村職員共済組合に請求するものとし、以前加入していた保険者に対して受給権を放棄する旨申し立てます。また万が一、旧保険者と貴組合との双方から同様の給付を受けた場合には、貴組合からの給付について、遅滞なくこれを返還するものとし、このことに関しては貴組合に対し一切迷惑をお掛けしません。 新潟県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 申立者 ㊟ 本人自ら署名する場合は、押印不要です。		

4. 出生児を組合員の被扶養者とする場合は、被扶養者申告書により扶養認定の手続を速やかに行ってください。