

# 出産費・家族出産費請求書

**出産費**：組合員※1が出産した場合に支給

**【支給額】 = 500,000 円※2**

**家族出産費**：被扶養者が出産した場合に支給

**【支給額】 = 500,000 円※2**

※1 引き続き1年以上組合員であった方で、退職後6ヵ月以内に出産した場合を含む。

※2 令和5年3月31日までは420,000円

## 《注意事項》

- ・支給対象となる出産は妊娠4ヵ月以上（85日以上）の出産をいい、早産・死産・流産を問いません。
- ・妊娠22週未満の出産や、出産した分娩機関が「産科医療補償制度」に加入していない場合は48万8千円※3になります。 ※3 令和5年3月31日までは408,000円
- ・双生児等の出産は、人数に応じてそれぞれ支給されます。
- ・退職後、被扶養者となった場合はどちらの保険者から受給するか選択し二重に受給することはできません。

「医師または助産師の証明」にかえて次の添付書類でも可とします。

- ①出生証明書の写
- ②母子手帳の写(出生届出済証明がされているページ)
- ③戸籍謄本の写
- ④住民票の写(世帯全員のもの)

(双生児等の出産の場合、請求書は1枚でも結構ですが、必ず双生児等であることが分かるもの(出生証明書の写等)を添付してください。)

退職後6ヵ月以内に出産した組合員が請求する場合は、退職年月日を必ず記入してください。

資格取得年月日	平成 令和	〇年 4月 1日	資格喪失年月日	令和	年 月 日
出産者氏名	共済 恵子		出産児氏名	共済 誠	
出産年月日	〇年 8月 5日		出産の場所	△△市××町	
医師または助産師の証明	〇年 8月 5日 共済 恵子 は、(出産) 死産・早流産 (妊娠 10 ヵ月) したことを証明する。 令和 〇年 8月 13日 証明者 住所 △△市××町 氏名 〇〇産婦人科 △△ △△				
備考	上記のとおり請求します。 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 〇年 8月 15日 請求者 住所 〇〇市教田南5-14-53 氏名 共済 太郎 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 〇年 8月 15日 所属所長 職名 〇〇〇長 氏名 △△ △△				

1. ※欄は記入しなくてください。  
 2. 医師または助産師の証明にかえて、出生証明書の写・母子手帳の写・戸籍謄本の写・住民票の写も可とします。  
 3. 出産児氏名は「死産・流産・人工妊娠中絶」の場合は、記載不要です。

## 【添付書類】

- ・医療機関と締結した「直接支払制度を利用しない旨を合意した文書」の写し
- ・医療機関から交付される出産費用の領収・明細書の写し

「直接支払制度を用いてない旨」の記載及び産科医療補償制度分娩対象者に右記「産科医療補償制度対象者のスタンプ」又は「産科医療保障制度の対象分娩です。」の文言の印字やスタンプ等が必要です。

