

□ 出 産 費 請 求 書
□ 家 族 出 産 費

* 必ず記入要領をご確認ください。

① 組合員証の記号番号	② 組合員氏名	③ 所属所名	
昭和 平成 令和	昭和 平成 令和	令和	
④ 資格取得年月日	⑤ 被扶養者認定年月日	⑥ 資格喪失年月日	
昭和 平成 令和	昭和 平成 令和	令和	
⑦ 出産者氏名及び続柄	⑧ 出産年月日	⑨ 出生児数	⑩ 出生児氏名
続柄	令和	単胎・多胎(児)	
⑪ 出産の場所	⑫ 被扶養者認定前に加入していた健康保険		
	国民健康保険・健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合 (該当するものに○を付けてください。)		

医師・助産師が証明するところ			
出産者氏名		出産年月日	令和 年 月 日
出産又は死産の別	出産・死産(妊娠 か月 週)	出生児数	単胎・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 住所(所在地) 医療機関等の名称 医師・助産師氏名			

～医師又は助産師へのお願い～

「出産又は死産の別」の欄は、該当する箇所を○で囲み、死産の場合は、妊娠4か月以上(85日以上をいいます。)経過している場合のみ証明してください。

上記のとおり請求します。 福井県市町村職員共済組合 理事長 様 令和 年 月 日 請求者氏名	印
(自署の場合、押印は不要です。)	
上記の記載事項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	印

組合処理欄

<input type="checkbox"/> 出産費
<input type="checkbox"/> 家族出産費
給付額 = 円

受 付



【出産費・家族出産費請求書 記入要領】

- (1) ⑤欄、⑦欄は、被扶養者が出産した場合のみ記入してください。
被扶養者認定年月日は、組合員被扶養者証の（認定年月日）欄の年月日を記入してください。
- (2) ⑥欄は、1年以上組合員であった方が、資格喪失後6月以内に出産した場合のみ記入してください。
- (3) ⑩欄は、出産児が複数のときはそれぞれの氏名を記入してください。
なお、死産の場合には、その旨と在胎期間を記入してください。
- (4) ⑫欄は、出産者が被扶養者であり認定日から6月以内の出産である場合、認定前に加入していた健康保険について、該当するものに○を付けてください。
- (5) 金額の欄中、（明細書に記載された代理受取額）の枠に明細書を確認のうえ、金額を記入してください。

【出産費・家族出産費請求書 留意事項】

※1 出産者が被扶養者である場合の留意事項

全国健康保険協会等を資格喪失した後、6月以内の出産であれば健康保険法に基づく「出産育児一時金」の受給権を有するため、当該「出産育児一時金」の受給権を放棄し、当組合の「家族出産費」を請求する場合には「**出産育児一時金等受給権放棄申出書兼証明願**」に**保険者の証明を受けたうえで**、この請求書に添付してください。

※2 出産者が組合員であった方で、資格喪失後6月以内に全国健康保険協会等の被扶養者に認定されている場合の留意事項

上記（2）に該当する方で、出産時に全国健康保険協会等の被扶養者に認定されている方が、健康保険法の規定による「家族出産育児一時金」の受給権を放棄し、当組合の「出産費」を請求する場合には、「**家族出産育児一時金等受給権放棄申出書兼証明願**」に**保険者の証明を受けたうえで**、この請求書に添付してください。