

出産費・**家族出産費** 請求書

組合員証等 記号・番号	△△△-△△△	組合員 氏名	共済 太郎	所属所名	〇〇市
組合員 生年月日	平成△△年△△月△△日	資格取得 年月日	平成△△年△△月△△日	資格喪失 年月日	年 月 日
出産者氏名	共済 花子	続柄	妻	※ 出産者扶養 認定年月日	平成△△年 △△月 △△日
出産年月日	平成△△年 △△月 △△日	単胎・多胎 の別	単胎・多胎 (児)		
生産・死産の別 <small>※死産の場合は、在胎週数を記入してください。</small>	生産・死産 (在胎週日数 週 日)			請求金額	
出産した場所 (医療機関等)				420,000	
名称	〇〇〇〇〇〇	所在地	〇〇県〇〇市〇〇 △△-△△		
出産についての 医師または 助産師の証明	平成△△年△△月△△日 (氏名) 共済 花子は、妊娠 △△週 △日で、 単胎・多胎 人を 出産・死産・早流産 したことを証明する。 平成△△年△△月△△日 住所 〒 △△△-△△△△ 〇〇市〇〇町△△-△△ 証明者 氏名 〇〇 〇〇				
上記のとおり出産費等に係る内払金 (差額) の支払いを依頼 (請求) します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日 〒 △△△-△△△△ 住所 〇〇県〇〇市〇〇 △-△ 請求者 氏名 共済 太郎					
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 〇〇市長 所属所長 山口 次郎					

- (注) 1 出産についての医師又は助産師の証明書を添付してください。(様式内に証明を受けた場合は、不要。)
 2 医療機関と取り交わした合意文書の写し(直接支払制度を利用しない旨、及び請求先となる保険者名が、明記されているもの)を添付してください。
 3 医療機関が発行した領収書又は請求書の写しを添付してください。
 4 42万円の支給を受けようとする場合は、在胎週数22週以降の出産で、産科医療保障制度に加入している医療機関での出産であることが確認できる書類を添付してください。
 5 ※欄は、出産者が被扶養者の場合に記入してください。
 6 組合員証等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

下記のとおり決定してよろしいか。

共済組合 使用欄						共済組合 受付印	
決定額	出産費	円	給種	140	続柄	番号	多胎
	家族出産費	円		150			