

出産費・家族出産費 内払金依頼書兼差額請求書

組合員証等 記号・番号	—	組合員 氏名		所属所名		
組合員 生年月日	年 月 日	資格取得 年月日	年 月 日	資格喪失 年月日	年 月 日	
出産者氏名			続柄	※出産者扶養 認定年月日	年 月 日	
出産年月日	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）						
名称		所在地				
内払金 又は 差額	法定給付（1児につき） 42万円（40万4千円※）		—	（明細書に記載された代理受領額） []	=	（内払金額又は差額） []
	<small>※産科医療補償制度対象分娩でない場合は40万4千円</small>					
上記のとおり出産費等に係る内払金（差額）の支払を依頼（請求）します。						
山口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						
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						
所属所長						
印						

- (注) 1 医療機関からの出産費用の内訳等が明記されている明細書（写）を必ず添付してください。
 2 家族出産費を請求する場合において、被扶養者としての認定が出産の前日6月以内のとき、または、組合員が退職後6月以内に請求するときは、医療機関で交付を受けた合意文書（写）（直接支払制度を利用することの代理契約書をいいます。）を添付してください。
 3 ※印欄は、家族出産費を請求する場合に記入してください。
 4 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				
	家族出産費	円				

給種	140	続柄		番号		多胎
	150					