

出産費・家族出産費 請求書

(直接支払制度を利用しない場合)

組合員等 記号・番号	△△△-△△△△	組合員 氏名	共済 太郎	所属所名	〇〇市
↓出産をした方		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	共済 花子	続柄	妻	出産者が被扶養者のとき 出産者の扶養認定年月日	△△年△△月△△日
出産年月日	令和△△年△△月△△日	単胎・多胎の別	単胎	多胎 (児)	
生産・死別の別 (該当に○)	○ 生産		○ 死産 (在胎週日数 週 日)		請求金額
※死産の場合は、在胎週数を記入してください。					
出産した場所 (医療機関等)					円
名称	所在地				
出産についての 医師または 助産師の証明	令和△△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。 令和△△年△△月△△日 証明者 住所 〇〇県〇〇市〇〇 △△△ 氏名 〇〇 〇〇				
上記のとおり請求します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 △△年△△月△△日 請求者 住所 〒△△△-△△△△ 〇〇県〇〇市〇〇 △-△ 氏名 (自署) 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。 年 月 日 所属所長					

- 項目は全て記入してください。(所属所長の欄は、所属所の共済組合事務担当課において証明を行います)
- 請求金額は、1児につき50万円(産科医療補償制度対象分娩でないときは48万8千円)です。
- 請求者(通常は組合員)が自署できない場合は、代理人が請求者氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。
組合員等記号・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。
- 添付書類
 - 医療機関等で交付を受けた「直接支払制度」を利用しないことの合意文書(写)
 - 出産費の内訳(産科医療保障制度の加入の有無、生まれた子の数、出産費用)がわかる書類(請求明細書等の写)
 - 出産の証明として、次のいずれか
 - 様式内の記入欄に記載された医師または助産師の証明
 - 出産についての医師または助産師の証明書
 - 母子手帳緒の出生届出済証明書の頁の写し(所属所の原本証明があるもの)

※共済組合 使用欄	受付印	決定してよろしいか		給種	続柄等	決定額
		課長	担当	出産費 140	0 多胎	
				家族出産費 150	多胎	