

出産費・家族出産費 内払金依頼書兼差額請求書

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 <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 <small>（法定給付から内払金を差し引いた額）</small>	
出産した場所（医療機関等）				20,000円	
名称		所在地			
内払金 又は 差額	法定給付・1児につき50万円 <small>（産科医療補償制度対象分娩でない場合は48万8千円）</small>		出産費用の明細書に記載された 代理受領額（内払金）・円		↑
	500,000	-	480,000		
<small>※差引後の額が1円未満のときはこの請求書の提出は不要です。</small>					
上記のとおり依頼（請求）します。					
山口県市町村職員共済組合理事長 様					
△△年△△月△△日					
			住所	〒 △△△-△△△△ 〇〇県〇〇市〇〇〇 △-△	
			請求者 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					

1. 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）
2. 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。
3. 添付書類
 - ① 医療機関等で交付を受けた「直接支払制度」を利用することの合意文書（写）
 - ② 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）

※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	