

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		所属所名	
(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		続柄		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	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)					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		
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	-	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
<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 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 〒 住所 請求者(組合員) 氏名(自署) </div>					
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 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 所属所長 </div>					

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	