

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		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(該当に○)	・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)					円
名称	所在地				
出産についての 医師または 助産師の証明	<p>年 月 日(氏名) 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。 年 月 日 証明者 住所 氏名</p>				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>山口県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 住所 請求者(組合員) 氏名(自署)</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日 所属所長</p>					

- 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	