

出産費・家族出産費内払金（差額）請求書

		決 定 額		出産費	
				家族出産費	
組合員証 番号	〇〇〇 - ××××	組 合 員 氏 名	共 済 花 子		所属機関
				〇×市役所	
資格取得 年月日	昭・平・令 ××年 4 月 1 日	資格喪失 年月日	平・令 年 月 日		
出 産 者 氏 名	共 済 花 子	続柄	本人	被扶養者 認定年月日	昭・平・令 年 月 日
出 産 日	令 和 〇〇年 ××月 ××日	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (人)		
出 産 又 は 死 産 の 別	生 産 死 産 (妊娠 か月)		備 考		
出 産 し た 場 所 (医療機関等)	(名 称) 〇〇〇産婦人科				
	(所在地) 〇〇〇市〇〇〇町×-△-△				
内 払 金 (差 額) 請 求 の 額	50 × 万円 1 人 — 415,000 円 = 85,000 円 法定給付：1 児につき 50万円（産科医療補償制度対象分娩でない場合は 48.8万円）				
	上記のとおり請求します。 大分県市町村職員共済組合理事長 様 令 和 〇〇年 ××月 △△ 日 住 所 〇〇市〇〇町×××× 組 合 員 氏 名 共 済 花 子 (請求者)				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令 和 〇〇年 ××月 △△ 日 職 名 〇〇市長 所 属 所 長 氏 名 ×× ××					

<添付するもの>

- 1 医療機関等で支払について意思表示を行った書面の写し
- 2 医療機関等から交付された出産費用の内訳等が記載された請求領収・明細書（出産年月日及び出産児数の記載のあるもの）の写し