

【直接支払制度差額申請用】

140 出産費

150 家族出産費 等請求書

保健課長	課長補佐	保健係長	合議	主任	支出決定 伺

組合員区分	所属所番号	組合員等番号	組合員氏名			所属機関名				
1 一般										
2 任継			生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日							
資格取得年月日		資格喪失年月日		出産費	家族出産費					
昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	1 在職中 2 資格喪失後 6カ月以内	1 扶養認定後6カ月以内 2 扶養認定後6カ月経過	
出産者氏名			組合員との 続柄	扶養認定年月日 (家族出産費の場合のみ)		出産日		単胎 多胎 ()児		
			昭和 平成 令和	年	月	日	令和		年	月
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日			*							
出産児氏名(死産時記入不要)			組合員との 続柄	生年月日		出産の場所				
フリガナ			子・孫 その他 ()	令和	年	月	日	1 下段出産医療機関 2 自宅 3 その他 ()		
共済組合使用欄				出産医療機関等						
出産費 ・ 家族 出産費	法定給付額	円		名称						
	代理受取額 (明細書に記載された 代理受取額)	円		電話 ()						
	組合員 送金額 (内払額)	円		所在地						
附加給付等給付の有無				上記のとおり請求します。						
附加 給付	出産費附加金 家族出産費附加金	20,000 円		千葉県市町村職員共済組合理事長 様						
厚生費	妊婦保健助成金	5,000 円		令和 年 月 日						
互助会 給付	出産費助成金	20,000 円		請求者 住所 氏名						
				上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
				令和 年 月 日						
組合受付印				再受付印						
				所属所長 職名 氏名						

§ 63 (202504)

- 医療機関等から交付される合意文書の写し(直接支払制度を利用する旨が記載されているもの)及び医療機関等から交付される明細書の写し(出産者、出産日、出産児数、代理受取額)等を必ず添付くださるようお願いいたします。
なお、産科医療補償制度対象分娩である場合には、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記された書類(写)も併せて添付してください。
- 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は妊娠週数が確認できる書類(母子手帳の出産の状態の頁等)の写しを併せて添付してください。