

【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 1 一般 2 任継	所属所番号 8 8 8	組合員等番号 1 2 3 4	組合員氏名 <b>共済 次郎</b> 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	所属機関名 △△市	
資格取得年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		資格喪失年月日 令和 年 月 日		出産費 1 在職中 2 資格喪失後 6 月以内	家族出産費 1 扶養認定後 6 月以内 2 扶養認定後 6 月経過
出産者氏名 <b>共済 今日子</b>		組合員との続柄 配偶者	扶養認定年月日 (家族出産費の場合のみ) 昭和 平成 令和 年 月 日	出産日 令和 年 月 日 (単胎) 多胎 ( ) 児	
出生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		出生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		出生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
出産児氏名 (死産時記入不要) フリガナ <b>キョウサイ アスミ</b>		組合員との続柄 子・孫 その他 ( )	生年月日 令和 年 月 日	出産の場所 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	代理受取額 (明細書に記載された代理受取額) 円	名称 <b>□□□産婦人科</b>	電話 □□□ (□□□) □□□□	
	組合員送金額 (内払額) 円		所在地 〒 □□□-□□□□ <b>千葉市中央区中央港□□-□□</b>		
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	千葉縣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	〒 □□□-□□□□ <b>千葉市中央区中央港〇〇-〇〇</b> <b>共済 次郎</b>	
組合受付印		再受付印		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	
		所属所長 職名 氏名		△△市長 △△ △△	

§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。