

【直接支払制度を利用しない場合用】

出産費・家族出産費 請求書

(出産費附加金・家族出産費附加金)

第111条様式

給種コード										所属機関名	
組合員証記号番号 又は 記号番号	記号				番号					組合員氏名	
	個人番号									資格取得日	年 月 日
										資格喪失日	令和 年 月 日
出産者氏名	(認定日 年 月 日)					続柄		出生産日	令和 年 月 日		
出産児氏名						続柄		出産の場所			
請求金額	出産費	円		出産費附加金		10,000円		決金額	*		円
	家族出産費			家族出産費附加金							
医師又は助産師の証明	令和 年 月 日 殿は、出産 { 単胎 ・ 多胎 (児) } ・ 死産 ・ 早流産 (妊娠 ヶ月) したことを証明する。 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名										
上記のとおり請求します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 請求者 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 職名 所属所長 氏名											

- 注) 1 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。
2 家族出産費を請求する場合は、出産者氏名欄に被扶養者としての認定年月日を記入してください。
なお、*欄は記入しないでください。
3 多胎出産の場合には、出産児ごとにこの請求書を作成してください。
4 請求書には以下の書類を添付してください。
・「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記された領収・明細書の写し。
・医療機関等から交付される「直接支払制度を利用しない旨の合意文書」の写し。