

【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	〇〇市	
組合員証記号番号 又は 記号番号	記号	5	0	3	番号	2	2	3	4	5	組合員氏名	共済太郎
	個人番号										資格取得日	平成△△年4月1日
											資格喪失日	平成 年 月 日
出産者氏名	共済花子 (認定日平成△△年4月1日)				続柄	配偶者		出生年月日	平成 △△年 10月 21日			
出産児氏名	共済次郎				続柄	二男		出産の場所	前橋市大手町1-30-45 共済病院			
請求額	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	平成 △△年 10月 21日 共済花子 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。 平成 △△年 10月 27日 住所 前橋市大手町1-30-45 証明者 氏名 共済病院 鈴木 四郎 (印)											
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 平成 △△年 10月 30日 住所 前橋市元総社町355番地の8 請求者 氏名 共済太郎 (印)												
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 △△年 10月 30日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 共済一郎 (印)												

- 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。
・産科医療補償制度対象分娩であることを証明する所定の印が押された領収・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。

所属所担当者 (印)