出 産 費 ・ 家 族 出 産 費

(出産費附加金・家族出産費附加金) 請求書

第111条様式

区 分	内払金・差額	所 属 機 関 名	
組合員等 記号・番号 又は 個人番号	記号	番号	組合員 氏 名
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 年 月 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 定 額 円
	家族出産費	家族出産費附加金	* 円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">請求者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>			

- 注)1 組合員等記号・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には、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。
- 3 *欄は記入しないでください。
- 4 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。
- 5 請求書には以下の書類を添付してください。
- ・母子健康手帳の「出生届出済証明」の記載のあるページの写し。
 - ・「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「直接支払制度利用に係る合意文書」の写し。