

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	〇〇市								
組合員証 記号番号 又は 個人番号	記号	5	0	3	番号		1	2	3	4	5	組合員氏名	共済 一郎		
資格取得日	平成△△年4月1日					資格喪失日	令和 年 月 日								
出産者氏名	共済 桃子 (認定日 平成△△年4月1日)				続柄	配偶者	出生年月日	令和△△年 10月 19日							
出産児氏名	共済 三郎				続柄	三男	出産の場所	前橋市大手町1-30-45 共済病院							
請求金額	出産費	0円				出産費附加金	10,000円				決金定額*	円			
	<u>家族出産費</u>					<u>家族出産費附加金</u>									
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 10 月 26 日 住所 前橋市元総社町335番地の8 請求者 氏名 共済 一郎															
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 10 月 27 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 赤城 一郎															

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。