

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							
組合員等 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 定 額	*					円
	家族出産費				家族出産費附加金									

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。