【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	○○市	
組合員等記号・番号又は個人番号	記号	５０３	番号	１２３４５	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 令和 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	出産年月日	令和△△年 １０ 月 ２１ 日
出産児氏名	共済　次郎	続柄	長男	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 500,000 円	出産費附加金	10,000円	決定金額	＊ 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。

令和△△年１０月２７日

所在地 前橋市大手町１－３０－４５
証明者　名　称 共済病院
氏　名 鈴木　四郎

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３０日

請求者
住　所　前橋市元総社町３３５番地の８
氏　名　共済　太郎

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３０日

所属所長
職　名　○○市長
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。