

【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						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 年 月 日	令 和 △△ 年 1 0 月 2 1 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 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、 <u>出産</u> <u>単胎</u> ・ 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 住 所 前 橋 市 大 手 町 1-30-45 共 済 病 院 氏 名 鈴 木 四 郎 証 明 者											
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 住 所 前 橋 市 元 総 社 町 3 3 5 番 地 の 8 請 求 者 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 〇〇市長 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。