

決定額	出産費等 内払金 (差額)	円
-----	---------------------	---

※この請求書は、直接支払制度を利用し、かつ出産費用が500,000円(産科医療対象分娩でない場合は488,000円)を下回った場合の請求書です。

出産費・家族出産費 内払金依頼書
 差額請求書

組合員等 記号番号	—	組合員氏名	所属所名
--------------	---	-------	------

資格取得 年月日	年 月 日	資格喪失 年月日	年 月 日
-------------	-------	-------------	-------

出産者氏名	出産数	単胎・多胎(児)
-------	-----	----------

出産年月日	年 月 日	出産の場所
-------	-------	-------

金額	(法定給付)	(代理受取額)	(内払金額・差額)
	1児につき500,000円 (488,000円※) <small>※産科医療補償制度対象 分娩でない場合</small>	—	円 = 円

上記のとおり出産費・家族出産費内払金(差額)の支払を依頼(請求)します。

山梨県市町村職員共済組合理事長 殿

年 月 日

住所

請求者

氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名

所属所長

氏名

印

① 組合員の記号・番号、組合員氏名、所属所名(市町村・一部事務組合)を記入してください。

② 組合員の資格取得年月日(既に組合員の資格を喪失している場合には、その年月日)を記入してください。

③ 出産した者の氏名を記入し、単胎又は多胎のいずれかを○で囲んでください。また、多胎の場合は出産数を記入してください。

④ 出産年月日と出産した場所(医療機関名等)を記入してください。

⑤ 出産費の明細書の「代理受取額」を記入してください。なお、「(内払金額・差額)」がマイナスとなる場合は請求する必要はありません。

⑥ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入してください。

⑦ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長(市町村長・一部事務組合管理者等)職名・氏名を記入し押印してください。

請求の際には、次の書類を添付してください。

1. 医療機関等から交付される出産費用の内訳等が明記されている明細書の写し。
2. 直接支払制度を活用した旨の合意文書の写し。
3. 出生証明書の写し又は母子健康手帳の「出産の状態」のページの写し。(1.の書類(明細書の写し)により出産年月日及び出生児数が確認できる場合は省略可)

⑧ 請求の際は左記の書類を添付してください。また、産科医療補償制度の対象である出産の場合は領収書に産科医療補償制度の対象分娩であることを証明するスタンプが押印されているものを添付してください。