

出 産 費
 請求書（差額請求用）
 家族出産費

給付種別	140 150	※決定額		出産費・家族出産費	円
				出産費用	円
				組合員送金額	円
組合員証記号番号	111 — 123	フリガナ	キョウイ タロウ		所属所名
		組合員氏名	共 済 太 郎		〇〇市
資格取得年月日	昭和 平成 〇〇年 4月 1日	資格喪失年月日	平成 年 月 日		
フリガナ	キョウイ ハコ				
出産者氏名	共 済 花 子	続柄	妻	出産者 生年月日	昭和 〇〇年 10月 10日 平成
出産日	平成 〇〇年 7月 30日	出産者被扶養 認定年月日	昭和 〇〇年 4月 1日 平成 <small>注）被扶養者が出産した場合記入してください。</small>		
医療機関等発行の費用明細書に記載の金額	345,678		円	出産費・家族出産費 請求金額	74,322 円
生産または死産の別	1.生産 2.死産 3.生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数	1人	「死産」の場合 死産児数	人
「死産」の場合 妊娠からの 週数及び日数	満 週 ()日				
出産した医療機関名及び所在地	所在地	××市〇〇1-2-3		名称	〇〇産婦人科医院
<p>上記のとおり差額分を請求します。</p> <p>青森県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 〇〇年 10月 1日</p> <p>住所 〇〇市××1-2-3</p> <p>請求者 氏名 共 済 太 郎 </p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 〇〇年 10月 2日</p> <p>職 名 〇〇市長</p> <p>所属所長 氏 名 〇 〇 〇 〇 </p>					

- (注) 1 医療機関等が発行した出産に係る費用明細書と直接支払制度の利用に係る合意書(写)を添付してください。
- 2 家族出産費の差額請求において、被扶養者認定年月日から6か月以内に出産した場合は、出産費・埋葬料受給権等証明書を添付してください。
- 3 ※欄は、記入しないでください。