

出 産 費
 請求書（差額請求用）
 家族出産費

給付種別	140	※決定額		出産費・家族出産費		円
	150			出 産 費 用		円
				組 合 員 送 金 額		円
組合員証 記号番号	フリガナ		組合員 氏 名		所属所名	
資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日	資格喪失年月日	平成 年 月 日
フリガナ			続柄	出 産 者 生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
出産者氏名						
出 産 日	平成	年	月	日	出産者被扶養 認定年月日	昭和 平成 年 月 日 <small>注) 被扶養者が出産した場合記入してください。</small>
出 産 費 用			円	出産費・家族出産費 請 求 金 額	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	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				名 称	
<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 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">請 求 者</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</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 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">所 属 所 長</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</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。