

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
組合員証記号番号	111 — 123	フリガナ	キョウジ タロウ	出産費用	円
		組合員氏名	共済 太郎	組合員送金額	円
資格取得年月日	平成 〇〇 年 4 月 1 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	所属所名	〇〇市
フリガナ	キョウジ ハコ	出産者氏名	共済 花子	続柄	妻
出産者氏名	共済 花子	出産者生年月日	平成 〇〇 年 3 月 3 日	出産者被扶養認定年月日	平成 〇〇 年 4 月 1 日
出産日	令和 〇 年 5 月 1 日	注) 被扶養者が出産した場合記入してください。			
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
出産費用	345,678 円	医療機関等発行の費用明細書に記載の金額		出産費・家族出産費 請求金額	74,322 円
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	
上記のとおり差額分を請求します。					
青森県市町村職員共済組合理事長 様					
令和 〇 年 5 月 9 日					
住所 〇〇市××1-2-3					
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 〇 年 5 月 10 日					
職名 〇〇市長					
所属所長 氏名 〇〇〇〇					

(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。