

出産費・家族出産費差額請求書

受付印

決定年月日

決定額	
出産費差額	円
家族出産費差額	円

所属所番号	所属所名	組合員証番号	組合員氏名	性別	生年月日
				男 女	昭和 平成 年 月 日

組合員資格関係

資格取得日	資格喪失日	任継組合員資格取得日	任継組合員資格喪失日
昭和 平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

出産者氏名	続柄	出産日	平成 年 月 日	単胎・多胎 (児)
-------	----	-----	----------	---------------

出産した場所 (医療機関等)	(名称)
	(所在地)

金額	(明細書に記載された代理受取額・専用請求書の請求額)		(差額)
	法定給付(1児につき) 42万円(39万円※)	円	円
※産科医療補償制度対象分娩でない場合			

上記のとおり出産費・家族出産費差額を請求します。

島根県市町村職員共済組合理事長 様
平成 年 月 日

〒 ー ー
請求者 住所

組合員氏名 印

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

所属所長 職名

氏名 印

添付書類

- ①直接支払制度を活用した旨の合意文書(写し)
- ②出産費用の内訳を記した領収・明細書(産科医療補償制度対象分娩の場合は、それを示すスタンプ印のあるもの)の写し
- ※ 出産者の被扶養者認定日が、出産日前6ヶ月以内の場合には、裏面の家族出産費に関する申立書が必要です。

課長	主幹	主査	係

家族出産費に関する申立書

出 産 者 氏 名	
(1) 出産日前6ヶ月間の 保険の適用状況	他の共済 本人 本人 本人 家族 ・健保 家族 ・国保 家族 ・無保険
(2) 被保険者または 被扶養者であった期間	年 月 日から 年 月 日
(3) 前の保険での退職後の 出産費の制度の適用	有 ・ 無
(4) 前の保険者への出産費等の 請求権を放棄する旨の記載	
<p style="text-align: center;">上記のとおり相違ないことを申し立てます。</p> <p style="text-align: center;">島根県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;"> 出産者氏名 (本人自署) </p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>	

- 注1. この申立書は、出産者の被扶養者認定日が、出産日前6ヶ月以内の場合に必要です。
- 注2. (1)の欄は、該当の箇所に○をしてください。
- 注3. (2)の欄は、(1)の保険の適用期間を記入してください。
- 注4. (3)の欄は、該当の箇所に○をしてください。退職するまでに1年以上、共済組合の組合員、健康保険の被保険者の期間があり、退職後6ヶ月以内の出産の場合、前の保険者へ出産費の請求ができます。
- 注5. (4)の欄は、(3)の欄が有の場合に、その請求権を放棄する旨を記入してください。
(重複受給はできません。)
記入例：前保険への出産費の請求権は放棄する。