

出産費
 家族出産費

差額

請求書

① 組合員証の記号番号		② 組合員氏名		③ 所属所名	
昭和 平成 令和		昭和 平成 令和		令和	
④ 資格取得年月日		⑤ 被扶養者認定年月日		⑥ 資格喪失年月日	
昭和 平成 令和		昭和 平成 令和		令和	
⑦ 出産者氏名及び続柄		⑧ 出産年月日	⑨ 出生児数	⑩ 出生児氏名	
続柄		令和	単胎・多胎(児)		
⑪ 出産した場所(医療機関等)			⑫ 被扶養者認定前に加入していた健康保険		
(名称)			国民健康保険・健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合		
(所在地)			(該当するものに○を付けてください。)		

*必ず記入要領をご覧ください。

金額	法定給付(1児につき)	(明細書に記載された代理受領額)	(差額)
	42万円(※)	円	円
(多胎児の場合は多胎児数×42万円(※))			
※産科医療補償制度対象分娩でない場合は40万8千円。			

上記のとおり請求します。

福井県市町村職員共済組合 理事長 様

令和 年 月 日

請求者氏名 印

(自署の場合、押印は不要です。)

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属所長 職名 氏名 印

《添付書類》

- ① 医療機関から交付される「領収・明細書」の写しを必ず添付してください。
※領収・明細書には、「直接支払制度専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び産科医療補償制度の加算対象出産の場合は、「その旨を証するスタンプ」の押印又は掛金額が記載されていることを確認してください。
- ② 医療機関等から交付される『合意文書』の写しを必ず添付してください。
※『合意文書』は、「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結している旨」及び「出産費の申請先となる当組合の名称」が記載されていることを確認してください。

受 付



【出産費・家族出産費 差額 請求書 記入要領】

- (1) ⑤欄、⑦欄は、被扶養者が出産した場合のみ記入してください。
被扶養者認定年月日は、組合員被扶養者証の（認定年月日）欄の年月日を記入してください。
- (2) ⑥欄は、1年以上組合員であった方が、資格喪失後6月以内に出産した場合のみ記入してください。
- (3) ⑩欄は、出産児が複数のときはそれぞれの氏名を記入してください。
なお、死産の場合には、その旨と在胎期間を記入してください。
- (4) ⑫欄は、出産者が被扶養者であり認定日から6月以内の出産である場合、認定前に加入していた健康保険について、該当するものに○を付けてください。
- (5) 金額の欄中、（明細書に記載された代理受取額）の枠に明細書を確認のうえ、金額を記入してください。

【出産費・家族出産費 差額 請求書 添付書類】

- ① 医療機関から交付される「領収・明細書」の写しを必ず添付してください。
※ 領収・明細書には、「直接支払制度専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び産科医療補償制度の加算対象出産の場合は、「その旨を証するスタンプ」の押印が又は掛金額が記載されていることを確認してください。
- ② 医療機関等から交付される『合意文書』の写しを必ず添付してください。
※ 『合意文書』は、「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結している旨」及び「出産費の申請先となる当組合の名称」が記載されていること