

伺	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>【直接支払制度を利用した場合】 直接支払により医療機関が受領した金額 が50万円に満たない場合、50万円との差</p> </div>	局長	課長	課長補佐	係長	係

出産費請求書
 家族出産費請求書

決定額 ※ 円

組合員等 記号番号	100 - 9999	組合員氏名	共済 花子	所属所名	〇〇市
資格取得 年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日		
出産者 氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子	組合員 との続柄 本人	出産した子 に関する事項	単胎児・多胎児	【多胎児の場合】 出生数 人
出産者 生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日	出産の場所	〇〇病院		
出産 年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	直接支払制度利用の有無	有・無		
<input checked="" type="checkbox"/> 出産費 <input type="checkbox"/> 家族出産費	請求額	50,000 円	医療機関からの請求額	450,000 円	

医師又は助産師の証明(※)
 上記の者は、令和 年 月 日 (単胎児・多胎児) を
 出産 (正常・異常)、死産・早流産 (妊娠第 週) したことを証明する。
 令和 年 月 日 住所
 証明者 氏名

上記のとおり請求します。
 山形県市町村職員共済組合理事長 様
 令和 〇 年 〇 月 〇 日
 住所 〇〇市〇〇町〇-〇-〇
 請求者 氏名 共済 花子

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 〇 月 〇 日
 職名 〇 〇 市長
 所属所名 氏名 〇 〇 〇 〇

所属所
受付印

(R7. 4. 1)

直接支払制度を利用した場合

医療機関からの請求額が出産費の法定額 (50万円/産科医療補償制度対象でない出産の場合は48万8千円) に満たないときにその差額を請求してください。

添付書類 ① 直接支払制度を利用する旨の合意文書の写し

② 出産費用の明細の写し (産科医療補償制度対象の場合「産科医療補償制度の対象分娩です」と記載があること)

直接支払制度を利用しない場合

出産費の法定額を請求してください。

添付書類 ① 直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写し

② 出産費用の明細の写し (産科医療補償制度対象の場合「産科医療補償制度の対象分娩です」と記載があること)

③ 被扶養者が認定後6月以内に出産した場合は、出産費・家族出産費に係る申立書

※ 直接支払制度を利用した場合は、医師又は助産師の証明は必要ありません。

伺	【直接支払制度を利用しなかった場合】	局長	課長	課長補佐	係長	係

出産費請求書
 家族出産費請求書

決定額 ※ 円

組合員等 記号番号	100 - 9999	組合員氏名	共済 花子	所属所名	〇〇市
資格取得 年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日		
出産者 氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子	組合員 との続柄 本人	出産した子 に関する事項	単胎児・多胎児	【多胎児の場合】 出生数 人
出産者 生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日	出産の場所	〇〇病院		
出産 年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	直接支払制度利用の有無	有・無		
<input checked="" type="checkbox"/> 出産費 <input type="checkbox"/> 家族出産費	請求額	500,000 円	医療機関からの請求額	円	

医師又は助産師の証明(※)
 上記の者は、令和 〇 年 〇 月 〇 日 (単胎児・多胎児) を
 出産 (正常・異常)、死産・早流産 (妊娠第 週) したことを証明する。
 令和 〇 年 〇 月 〇 日
 住所 〇〇市△△町□□番地
 証明者 氏名 〇〇病院 医師 〇〇〇〇

上記のとおり請求します。
 山形県市町村職員共済組合理事長 様
 令和 〇 年 〇 月 〇 日
 住所 〇〇市〇〇町〇-〇-〇
 請求者 氏名 共済 花子

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 〇 月 〇 日
 職名 〇 〇 市 長
 所属所名 氏名 〇 〇 〇 〇

所属所
受付印

(R7. 4. 1)

直接支払制度を利用した場合
 医療機関からの請求額が出産費の法定額 (50万円/産科医療補償制度対象でない出産の場合は48万8千円) に満たないときに
 その差額を請求してください。
 添付書類 ① 直接支払制度を利用する旨の合意文書の写し
 ② 出産費用の明細の写し (産科医療補償制度対象の場合「産科医療補償制度の対象分娩です」と記載があること)

直接支払制度を利用しない場合
 出産費の法定額を請求してください。
 添付書類 ① 直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写し
 ② 出産費用の明細の写し (産科医療補償制度対象の場合「産科医療補償制度の対象分娩です」と記載があること)
 ③ 被扶養者が認定後6月以内に出産した場合は、出産費・家族出産費に係る申立書

※ 直接支払制度を利用した場合は、医師又は助産師の証明は必要ありません。