共済組合用

課　長	課長補佐	係　長	係

【直接支払制度を利用する場合】
直接支払いを受けた金額が50万円に満たない場合、50万円との差額について請求可能です。

☑ 出　産　費
☐ 家 族 出 産 費

請　求　書

決　定　額	※　　円

組合員証記号番号	100 ― 8888	組合員氏名	共済　花子	所属所名	○○市
資格取得年月日	平成　○　年　○　月　○　日			資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
出産者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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　○　年　○　月　○　日			出産の場所	○○病院
出産年月日	令和　○　年　○　月　○　日			直接支払制度利用の有無	(有)・無
☑ 出　産　費 ☐ 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　○　年　○　月　○　日

住所　○○市○○町○丁目○番○号

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　○　年　○　月　○　日

職名　○　○　市　長

所属所名

氏名　○　○　○　○

所属所受付印

(R6.4.1)

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。（令和5年3月までの出産は法定額42万円／産科医療補償制度対象でない出産の場合は40万8千円）
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。

共済組合用

【直接支払制度を利用しない場合】

局　長	課　長	課長補佐	係　長	係

☐ 出　産　費
☑ 家 族 出 産 費

請　求　書

決　定　額	※　　円

組合員証記号番号	100 － 8888	組合員氏名	共済　太郎	所属所名	○○市
資格取得年月日	平成　○　年　○　月　○　日		資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日	
出産者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｷｮｳｻｲ　ﾊﾅｺ 共済　花子	組合員との続柄 妻	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　○　年　○　月　○　日		出産の場所	○○病院	
出産年月日	令和　○　年　○　月　○　日		直接支払制度利用の有無	有・無	
☑ 出　産　費 ☐ 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　○　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　○○県○○市○○町○○番地

証明者

氏名　○○病院　医師　○　○　○　○

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　○　年　○　月　○　日

住所　○○市○○町○丁目○番○号

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　○　年　○　月　○　日

職名　○　○　市　長

所属所名

氏名　○　○　○　○

所属所受付印

(R6.4.1)

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。（令和5年3月までの出産は法定額42万円／産科医療補償制度対象でない出産の場合は40万8千円）

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。