

(短第2号)

課長	課長補佐	担当	総合確認	基幹入力	入力照合

出 産 費 請 求 書
家 族 出 産 費

*決定額	出 産 費	円
------	-------	---

組合員証 記号 番号	〇〇〇 〇〇〇〇	組合員 氏 名	共 済 太 郎	所 属 機 関 名	□ □ □
組合員の資格取得年月日	取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	〇〇年〇〇月〇〇日	喪失日	平成 年 月 日
出産者の氏名	共 済 花 子	出産児氏名	共 済 〇〇		
本人・被扶養者 区 分	<input type="checkbox"/> 1. 本人	出産年月日	平成 〇〇 年 4 月 1 日		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 被扶養者	出産の場所	〇〇市〇〇2-3-4 〇〇病院		
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	平成〇〇年 4 月 1 日 共 済 花 子 は 出 産、死産、早流産 (出産者氏名を記入してください。) (妊娠 〇〇 カ月・分娩児数 〇 人) したことを証明する。 平成〇〇年 4 月 7 日 医療機関等の 〇〇市〇〇2-3-4 住所及び名称 〇〇病院 証明者 医師等の氏名 △ △ △ △ (印鑑)				
	請求金額	出 産 費	円		
		家 族 出 産 費	420,000 円		
上記のとおり請求します。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 〇〇 年 4 月 10 日 請求者 住所 〇〇市〇〇1-2-3 氏名 共 済 太 郎 (共済)					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 〇〇 年 4 月 10 日 職名 □ □ □ 長 所属所長 氏名 △ △ △ △ (公印)					

- (注) 1. 産科医療補償制度に加入の医療機関等の医学的管理下で、平成21年10月1日から平成23年3月31日までの間において、在胎週数22週に達した日以後に出産した場合は、単胎42万円(平成21年1月1日から平成21年9月30日までの出産は38万円)。それ以外は39万円(平成21年1月1日から平成21年9月30日までの出産は35万円)。
2. 医療機関等から交付される代理契約に関する文書の写し(「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と結していない旨」及び「当組合名」が記載されたもの)及び医療機関等から交付される出産費用の領収書又請求書及び明細書の写し(「直接支払制度を用いていない旨」及び「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証する所定の印」が押印されたもの)を添付してください。
3. 妊娠4ヵ月以上の胎児の死産流産については、死胎埋火葬許可書の写しを添付してください。
4. 家族出産費を請求する場合で、被扶養者が健康保険等の元被保険者であるため出産に関する給付を請求する権利がある場合は、別紙「他の制度による給付の受給権放棄誓約書」を添付してください。
5. *欄は記入しないでください。