

出 産 費 請求書
家 族 出 産 費

記号	〇〇〇	組合員	共済 太郎	所属	□□□
番号	〇〇〇	氏名		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 <input type="checkbox"/> 令和	〇年〇月〇日	喪失日	令和 年 月 日
出産者の氏名	共済 花子	出産児氏名	共済 一郎		
本人・被扶養者区	<input type="checkbox"/> 1. 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 被扶養者	出産年月日	令和 〇年 〇月 〇日	出産の場所 (出産医療機関等)	□□病院
医師又は助産師の証明	令和 年 月 日 (妊娠 ヵ月・分娩児数 人) したことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関等の住所及び名称 証明者 医師等の氏名				
	請求金額	<input type="checkbox"/> 出産費 <input checked="" type="checkbox"/> 家族出産費	〇〇〇, 〇〇〇	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 令和 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 奈良県□□市□□町□□番地 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 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 □□□長 氏名 □□ □□					

- (注) 1. 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締結していない旨」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は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。
2. 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。
3. 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できない権利がある場合は、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。