

事務局長	次長	課長	課長補佐	主幹	主査	主任	担当者	決定金額
								円
								処理欄
								年 月 / 旬

出 産 費 (差額) 請 求 書 家 族 出 産 費

組合員証記号番号	—	組合員氏名	
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
出 産 者 氏 名	(続柄)	出 産 年 月 日	年 月 日
		出 産 児 数	人
出 産 の 場 所			
出 産 費 用	円	請求内容	<input type="checkbox"/> 出産費 <input type="checkbox"/> 出産費(差額) <input type="checkbox"/> 家族出産費 <input type="checkbox"/> 家族出産費(差額)
請求金額	円		
出産に関する 医師または 助産師の証明	(1) 出産日 年 月 日 (2) 妊娠 か月 (3) <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関等の 所在地及び名称 証明者 医師及び助産師名		
上記のとおり請求します。 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 住所 請求者 氏 名			
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名			

※裏面をよく読んでご記入ください。

注 意 事 項

【直接支払制度を利用し、出産費用が50万円を下回った場合】

1. 次の書類を添付してください。
 - ①合意文書の写し…直接支払制度を利用する旨を取り交わした書類
 - ②領収・明細書の写し…出産費用の内訳書
2. 医師等の証明欄は必要（「出生証明書の写し」「母子手帳の出産の状態ページの写し」の添付でも可）です。
3. 請求金額欄は、『50万円－出産費用＝差額』を記入してください。
※産科医療補償制度対象分娩でない場合は、48万8千円となります。

【直接支払制度を利用せず、全額窓口で支払った場合】

1. 次の書類を添付してください。
 - ①合意文書の写し…直接支払制度を利用しない旨を取り交わした書類
 - ②領収書の写し…「産科医療補償制度対象の対象分娩です。」の文言や印字やスタンプ等により明記されたもの
2. 次に該当する場合は、上記以外に次の書類を添付してください。
 - (1)退職後または認定後6か月以内の出産で、他の健康保険組合等で受給権のある場合
 - ①出産一時金（出産費）受給権放棄申出書
(前健康保険組合等の任意の証明書様式でも可)
 - (2)妊娠4か月（85日）以上で流産または死産の場合
 - ①胎児埋火葬許可証の写し
3. 医師等の証明欄は必要（「出生証明書の写し」「母子手帳の出産の状態ページの写し」の添付でも可）です。
4. 請求金額欄は、50万円を記入してください。
ただし、産科医療補償制度対象分娩でない場合は、48万8千円となります。

事務局長	次長	課長	課長補佐	主幹	主査	主任	担当者	決定金額
								円
								処理欄
								年 月 / 旬

出 産 費 (差額) 請 求 書 家族出産費

組合員証記号番号	9999 - 99999	組合員氏名	〇〇 〇〇
資格取得年月日	平成 XX 年 X 月 XX 日	資格喪失年月日	年 月 日
出産者氏名	〇〇 △△ (続柄) 妻	出産年月日	令和 X 年 X 月 X 日
		出産児数	人
出産の場所	〇〇〇〇〇病院		
出産費用	377,270 円	請求内容	<input type="checkbox"/> 出産費 <input type="checkbox"/> 出産費(差額) <input type="checkbox"/> 家族出産費 <input checked="" type="checkbox"/> 家族出産費(差額)
請求金額	122,730 円		
出産に関する 医師または 助産師の証明	(1) 出産日 令和 X 年 X 月 X 日 (2) 妊娠 9 か月 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 上記のとおり証明します。 令和 X 年 X 月 XX 日 医療機関等の所在地及び名称 証明者 医師及び助産師名		医師または助産師の 証明が必要です。 (出生証明書の写し等でも可)
	和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇病院 ◇◇ ◇◇		
上記のとおり請求します。 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 X 年 X 月 XX 日 請求者 住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇			
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 X 年 X 月 XX 日 所属所長 職名 〇〇〇〇市長 氏名 □□ □□			

※裏面をよく読んでご記入ください。