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
家族出産費（差額）請 求 書

組合員記号･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	□　出産費 □　出産費（差額） □　家族出産費 □　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）　□ 出産　□ 早産　□ 流産　□ 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。

（R6.12）

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
家族出産費（差額）請求書

組合員記号･番号	9999 － 99999	組合員氏名	○○　○○
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	○○　△△ （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	○○○○○病院		
出産費用	377,270 円	請求内容	☐ 出産費 ☐ 出産費（差額） ☐ 家族出産費 ☑ 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）　☑ 出産　☐ 早産　☐ 流産　☐ 死産

上記のとおり証明します。

令和　X 年　X 月　XX 日

証明者
- 医療機関等の所在地及び名称：和歌山県○○○○市○○○○○
- 医療機関等の名称：○○○○○病院
- 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)

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○○○○市○○○○○
- 氏名：○○　○○

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：○○○○市長
- 氏名：□□　□□

※裏面をよく読んでご記入ください。

(R6.12)