

決定額	出産費 家族出産費	円
-----	--------------	---

出産費・家族出産費 請求書

組合員証 記号番号		組合員氏名		所属機関名	
資格取得 年月日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失 年月日	平成	年 月 日
出産者氏名			出産児氏名 及び続柄	続柄()	
出産年月日	平成	年 月 日	出産の場所		
医師又は 助産師の証明	平成 年 月 日 は、出産・死産・早流産 (妊娠 か月)したことを証明する。 平成 年 月 日 別の用紙による証明でも可能 住 所 証 明 者 氏 名 印				
請求金額			円		
上記のとおり請求します。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印					

組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属機関(市町村・一部事務組合名)を記入してください。

組合員の資格取得年月日(既に組合員の資格を喪失している場合にはその年月日)を記入してください。

出産者の氏名及び出産児氏名・組合員との続柄を記入してください。

出産年月日・出産の場所(医療機関名等)を記入してください。

出産に係る医師等の証明を受けてください。

請求年月日と請求者の住所・氏名を記入し押印してください。

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長(市町村長・一部事務組合管理者)職名・氏名を記入し押印してください。

1. 印欄は記入しないでください。
2. **医療機関から受領した領収書(産科医療補償制度対象分娩である証明印が押印されたもの)の写しを添付してください。**
3. **直接支払制度を活用しない旨の医療機関等との合意文書の写し。**
4. 多胎(双子等)の場合は、出産人数分の請求書を提出してください。

産科医療補償制度の適用の出産であるか確認するため、領収書の写し及び直接支払制度を活用しない旨の医療機関等との合意文書の写しを添付してください。