

決定額	出産費等 内 払 金 ( 差 額 )	円
-----	--------------------------	---

※この請求書は、直接支払制度を利用し、かつ出産費用が420,000円(産科医療対象分娩でない場合は404,000円)を下回った場合の請求書です。

<b>出産費・家族出産費</b> <input type="checkbox"/> 内 払 金 依 頼 書 <input type="checkbox"/> 差 額 請 求 書			
組 合 員 証 記 号 番 号	—	組 合 員 氏 名	所 属 所 名
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日
出 産 者 氏 名		出 産 数	単胎・多胎( 児 )
出 産 年 月 日	平成	年 月 日	出 産 の 場 所
金 額	( 法 定 給 付 ) 1 児 につ き 420,000 円 (404,000 円 ※) <small>※産科医療補償制度対象 分娩でない場合</small>	( 代 理 受 取 額 ) —	( 内 払 金 額 ・ 差 額 ) 円 = 円
上記のとおり出産費・家族出産費内払金(差額)の支払を依頼(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 <span style="float: right;">印</span>			
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 <span style="float: right;">印</span>			

- ① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属所名(市町村・一部事務組合)を記入してください。
- ② 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。
- ③ 出産した者の氏名を記入し、単胎又は多胎のいずれかを○で囲んでください。また、多胎の場合は出産数を記入してください。
- ④ 出産年月日と出産した場所(医療機関名等)を記入してください。
- ⑤ 出産費の明細書の「代理受取額」を記入してください。なお、「(内払金額・差額)」がマイナスとなる場合は請求する必要はありません。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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等)職名・氏名を記入し押印してください。

**請求の際には、次の書類を添付してください。**

1. 医療機関等から交付される出産費用の内訳等が明記されている明細書の写し。
2. 直接支払制度を活用した旨の合意文書の写し。
3. 出生証明書(写し又は母子健康手帳の「出産の状態」のページ)の写し。(1.の書類(明細書の写し)により出産年月日及び出生児数が確認できる場合は省略可)

⑧ 請求の際は左記の書類を添付してください。  
 また、産科医療補償制度の対象である出産の場合は領収書に産科医療補償制度の対象分娩であることを証明するスタンプが押印されているものを添付してください。