

課長	保 健	係

## 出産費・家族出産費請求書

支給決定伺			
決定額			円

組合員等記号番号 又は個人番号※1	—	組合員 氏名	所 属 機 関 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	(認定年月日： 年 月 日)	続柄	本人 出産年月日 年 月 日
個人番号※			出産の場所
生産又は死産の別	「生産」の場合	「死産」の場合	「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数
生産 死産 生産・死産混在	生産児数 人	死産児数 人	満 週 ( 日)
請求金額	488,000円	産科医療補償制度対象 分娩加算	12,000円※2
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>栃木県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p>			
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>			

※1 「個人番号」の記入は、必須ではありません。

この請求書は、直接支払制度を利用せず請求する場合に使用できます。

なお、請求の際には、次の添付書類とともに請求ください。

- ・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領収・明細書の写し
- ・医師または助産師が発行した出生証明書<sup>1</sup>の写し又は母子手帳の出生届出済証明の頁の写し
- ・直接支払制度を利用しない旨及び保険者名が栃木県市町村職員共済組合と記載された合意文書

※2 産科医療補償制度に加入する医療機関の医学的管理下において、在胎週数22週に達した日以後の出産であり、加入分娩機関より発行された領収・明細書に所定の印が押印されている場合に支給します。