

課長	保 健	係

出産費・家族出産費差額請求書

支給決定伺				
決定額				円

組合員証記号番号 又は個人番号※	—	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	単胎 ・ 多胎	出産 年月日	年 月 日
個人番号※					出産 場所	

請求金額	法定給付（1児につき） 500,000円※	—	出産費用 円	=	差 額 円
	※ 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（非加入の場合は488,000円）				

上記のとおり出産費・家族出産費差額を請求します。

栃木県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住所
請求者
氏名

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

職名
所属所長
氏名

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

この請求書は、出産費用が給付額未満であり、差額が発生した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する旨が記載された合意文書の写し