【共済クラウド対応】

□出　産　費
☑家族出産費
請求書（差額請求用）

※決定額		
	出産費・家族出産費	円
	出　産　費　用	円
	組合員送金額	円

給付種別	140 150

組合員等記号番号	111 ― 123	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｷｮｳｻｲ　ﾀﾛｳ	所属所名	○○市
		組合員氏名	共済　太郎		

資格取得年月日	平成　○○　年　4　月　1　日			資格喪失年月日	令和　年　月　日
フリガナ	ｷｮｳｻｲ　ﾊﾅｺ	続柄	妻	出産者生年月日	平成　○○　年　3　月　3　日
出産者氏名	共済　花子				
出産日	令和　○　年　5　月　1　日			出産者被扶養認定年月日	平成　○○　年　4　月　1　日 注）被扶養者が出産した場合記入してください。

生産または死産の別	1. 生産　2. 死産 3. 生産・死産混在	「生産」の場合出生児数	1 人	「死産」の場合死産児数	人	「死産」の場合妊娠からの週数及び日数	満　週 (　　)日
出産費用	425,678 円			出産費・家族出産費請求金額	74,322 円		
出産した医療機関名及び所在地	所在地	××市○○１－２－３		名称	○○産婦人科医院		

医療機関等発行の費用明細書に記載の金額

・産科医療補償制度対象分娩の場合
500,000円－出産費用
・産科医療補償制度対象分娩でない場合
488,000円－出産費用
※多胎の場合は、500,000(488,000)円×人数

上記のとおり差額分を請求します。

□（

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　5　月　9　日

請求者
住　所　○○市××１－２－３
氏　名　共　済　太　郎

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　5　月　10　日

所属所長
職　名　○○市長
氏　名　○　○　○　○

(注)1 医療機関等が発行した出産に係る費用明細書と直接支払制度利用に係る合意書(写)を添付してください。
2 家族出産費の差額請求において、被扶養者認定年月日から６か月以内に出産した場合は、出産費・埋葬料受給権等証明書を添付してください。
3 ※欄は、記入しないでください。