

(短第2-2号)

課長	課長補佐	担当	総合確認	基幹入力	入力照合

直接支払制度を利用した場合に係る内払金等請求専用

出産費・家族出産費内払金(差額)請求書

*決定額 出産費 家族出産費 円

組合員証	記号	〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎	所属機関名	□ □ □
	番号	〇〇〇〇				
組合員の資格取得年月日		取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	〇〇年〇〇月〇〇日	喪失日	平成 年 月 日

出産者の氏名	共済 花子	出産児氏名	共済 〇〇
		出産年月日	平成 〇〇年 4月 1日
本人・被扶養者区分	<input type="checkbox"/> 1. 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 被扶養者	分娩児数	単胎・多胎 (人)
		出産医療機関等	〇〇市〇〇2-3-4 〇〇病院

内払金等請求金額	法定給付金額	420,000 円	-	明細書記載金額	413,000 円	=	内払金等金額	7,000 円
----------	--------	-----------	---	---------	-----------	---	--------	---------

上記のとおり請求します。

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 〇〇年 4月 10日

住所 〇〇市〇〇1-2-3
請求者 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。

平成 〇〇年 4月 10日

職名 □ □ □ 長
所属所長 氏名 △ △ △ △



(注) 1. この請求書は、出産費等の費用支払に関し分娩医療機関等において「直接支払制度」を利用した場合に
出産費用が出産費等の支給額(※)未滿で収まった場合に限りその内払金(差額)を請求する場合に使用
してください。

請求する際には、分娩医療機関等から交付された出産費用の領収・明細書(「直接支払制度を利用した
場合に専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されたもの)の写しを添付してください。

※出産費等の支給額

産科医療補償制度に加入の医療機関等の医学的管理下で、平成21年10月1日から平成23年3月31
日までの間において、在胎週数22週に達した日以後に出産した場合は、単胎42万円。それ以外は39
万円。

2. 妊娠4ヵ月以上の胎児の死産流産については、死胎埋火葬許可書の写しを添付してください。

3. 家族出産費内払金等を請求する場合で、被扶養者が健康保険等の元被保険者であるため出産に関する給付
を請求できる権利がある場合は、別紙「他の制度による給付の受給権放棄誓約書」を添付してください。

4. *欄は記入しないでください。