

- 出 産 費
- 家 族 出 産 費

内払金支払依頼書 兼 差額請求書

(施行規程第111条関係)

所属所名		組合員証 記号番号	記号	番号	
組合員氏名					
出産者氏名		続柄		出産年月日	令和 年 月 日
出産児数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )	生産・死産の別	生産 ・ 死産		
出産した場所 (医療機関等)	(名称)				
	(所在地)				
資格の状況	※裏面の注意事項3をよくご覧のうえ、該当するものを○で囲んでください。				
出産費請求 の場合	①当共済組合の組合員であり、当共済組合に加入後6月を経過している。				
	②当共済組合の組合員であり、国民健康保険・健康保険組合等又は他の共済組合の被保険者の資格喪失後6月以内の出産である。				
	③現在は健康保険組合等又は他の共済組合等の被保険者であり、当共済組合の退職後6月以内の出産である。				
	④現在は健康保険組合等又は他の共済組合等の被保険者の被扶養者であり、当共済組合の退職後6月以内の出産である。				
	⑤現在は国民健康保険に加入しており、当共済組合の退職後6月以内の出産である。				
家族出産費 請求の場合	⑥当共済組合の組合員の被扶養者になってから、6月を経過している。				
	⑦当共済組合の組合員の被扶養者であり、国民健康保険の資格喪失後6月以内の出産である。				
	⑧当共済組合の組合員の被扶養者であり、健康保険組合等又は他の共済組合等の被保険者の資格喪失後6月以内の出産である。				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>新潟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</p> <p style="text-align: right;">請求者</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">本人が自ら署名する場合は、押印は不要です。</p>					
<p>記載事項(裏面の申告を含む。)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</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					所属所受付印

添付書類

- ①直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書の写し(直接支払制度を利用する旨の記載があるもの)
- ②医療機関等から交付される出産費用の内訳として、産科医療補償制度、代理受取額、妊婦合計負担額等が明記されている領収・明細書の写し  
(産科医療補償制度対象の出産である場合は、その記載があるもの)
- ・死産の場合 死産証書(死胎検案書)の写し

※この請求書は、直接支払制度を利用した場合であって、出産に要した費用の額が出産費・家族出産費の額を下回るときに使用してください。

共済組合 使用欄	給付額	単胎	(領収・明細書に記載された代理受領額)	(内払額・差額)		共済組合受付印
		円 -	円 =	円		
	多胎	(領収・明細書に記載された代理受領額)	(内払額・差額)			
		( 児 ) -	円 =	円		
決裁欄	課長	係長	係	検印	入力日	

