

出産費

家族出産費 差額請求書

内払金依頼書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員
決定額	円		

記号	番号	組合員氏名	所属機関名
999	9999	共済太郎	〇〇市
資格取得 年月日	平成〇年〇月〇日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日
出産者氏名	共済花子 組合員との続柄 (配偶者)		
出産年月日	令和〇年〇月〇日	単胎・多胎の別	単胎・多胎 (児)
出産した場所 (医療機関等)	(名称)	〇〇産婦人科医院	
	(所在地)	〇〇市〇〇	

請求額・依頼額

法定給付 (1児につき) 50万円 (48万8千円※)	－	(明細書に記載された代理受取額) 475,000 円	=	(差額・内払額) 25,000 円
--------------------------------	---	-------------------------------	---	----------------------

※産科医療補償制度対象分娩でない場合

共済組合使用欄 医療機関等からの請求の有無 有 (年 月) ・ 無

上記のとおり 出産費 の 差額を請求いたします。
 家族出産費 の 内払金の支払いを依頼します。

福岡県市町村職員共済組合理事長 様
 〇年 〇月 〇日
 住所 〇〇市△△1丁目2番3号
 請求者 氏名 共済太郎

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
 〇年 〇月 〇日

職名 〇〇市長
 所属所長 氏名 〇〇 〇〇

(添付書類)

差額請求・・・添付書類は必要ありません

(医療機関等から共済組合への請求により金額確定後に請求する場合)

内払請求・・・● 直接支払い制度を活用した旨の合意文書の写し

● 医療機関等からの出産費用の内訳等が明記されている明細書の写し
 以上2点を必ず添付してください

(医療機関等から共済組合へ専用請求書が到達する前に当該差額を請求する場合)