

課 長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

〔別添様式〕

※共済組合使用欄

法定給付額(1児につき)

(明細書に記載された代理受取額)

(内払金額・差額)

50万円(48.8 万円)	－	円	=	円
----------------	---	---	---	---

()内は産科医療補償制度非対象時の額

(内払金額・差額)		円	＋	附加給付	万円	=	(決定金額)	円
-----------	--	---	---	------	----	---	--------	---

出産費・家族出産費 { 内払金依頼
差 額 請 求 } 書

兼 出産費附加金・家族出産費附加金 請求書 (直接支払制度用)

組合員等 記号・番号		組合員 氏 名		資格取得 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日
所 属 所 名					資格喪失 年 月 日	令和	年	月 日
分娩者氏名				続柄		被扶養者 認定年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
分娩年月日	令和	年	月 日	分娩した場所 (医療機関等)	(名 称)			
					(所在地)			
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	児	「死産」の場合 死産児数	児	「死産」の場合妊娠 からの週数及び日数
								満 週 () 日
上記のとおり請求(依頼)します。 静岡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								
上記記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名								

※請求の際には次の書類を添付してください。

①医療機関等から交付された出産費用の内訳等が明記されている領収明細書(写し)

②直接支払制度に関する合意文書(写し)

※分娩に要した費用が法定給付額に満たない場合、差額を組合員へ支給します。

①内払金: 共済組合が医療機関へ「出産費等」を支払う前に差額分を組合員へ支給する場合に使用します。

②差額請求: 共済組合が医療機関へ「出産費等」の支払いを決定後に差額分を組合員へ支給する場合に使用します。

※内払金依頼・差額請求の判断は共済組合で行います。

※分娩に要した費用が法定給付額以上の場合は出産費等附加金のみの支給となります。