

課長	係長	係

出産費
家族出産費 差額請求書

		決定額	円
記号番号	組合員氏名		所属機関名
12-3456	〇〇 〇〇		〇〇〇町役場
出産者氏名	〇〇 〇〇	身分関係 妻	出産者被扶養認定年月日 昭和〇年〇月〇日 令和
出産児氏名	〇〇 〇〇	単胎多胎 (1人)	出産年月日 令和〇年〇月〇日
出産した場所 (医療機関等)	(名称)	〇〇〇〇産婦人科	
	(所在地)	〇〇〇〇〇〇〇〇	
金額	法定給付(1児につき) 42万円 (※)	(領収・明細書に記載された金額) 385,000 円	(差額) 35,000 円
	※ 産科医療補償制度対象分娩でない時は40.8万円となります。		
上記のとおり(家族)出産費の差額分を請求します。			
令和〇年〇月〇日			
沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿			
請求者 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
氏名 〇〇 〇〇			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
令和〇年〇月〇日			
所属所長 職名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
氏名 〇〇 〇〇			

注) 請求の際には下記の書類を必ず添付してください。

- 出産費用の内訳等が明記されている領収・明細書(写し)
- 直接支払制度を活用した旨の合意文書(写し)