

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	
-					
出産者氏名		身分関係	出産者被扶養認定年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
出産児氏名		単胎・多胎 (人)	出産年月日	令和	年 月 日
出産した場所 (医療機関等)	(名称)				
	(所在地)				
金額	法定給付(1児につき) 50万円 (※)		(領収・明細書に記載された金額)	(差額)	
	-		円	=	円
<p>※ 産科医療補償制度対象分娩でない時は48.8万円となります。</p>					
<p>上記のとおり(家族)出産費の差額分を請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>請求者 住所 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属所長 職名 氏名</p>					

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)