

記入例
直接支払制度を利用する場合

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	
〇〇 - 〇〇		共済 太郎		〇〇〇市役所	
出 産 者 氏 名	共済 花子	身 分 関 係	妻	出 産 者 被 扶 養 認 定 年 月 日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇 年 〇 月 〇 日
出 産 児 氏 名	共済 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)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
金 額	(領 収 ・ 明 細 書 に 記 載 さ れ た 金 額)		(差 額)		
	法定給付(1児につき) 50万円 (※)	— 385,000 円	=	115,000 円	
※ 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。					
代理受取額を ご記入ください。					
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					
氏 名 共済 太郎					
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					
職 名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
所属所長 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)