

< 直接支払制度・受取代理制度を利用しない場合 >

様式第6号

本人 <b>家族</b>		出産費 <b>家族出産費</b>		請求書		決定額	出産費	*	円				
							家族出産費	*	円				
組合員等記号・番号		組合員名前		組合員資格		任意継続組合員資格							
△△△△-△△△△		共 済 太 郎		取得	*	年	月	日	取得	*	年	月	日
				喪失	*	年	月	日	喪失	*	年	月	日
出産者名前		出産年月日		出生児数		被扶養者認定日							
共 済 花 子		△△△△年 △月 △日		1 人		* 年 月 日							
出産の場所						請求金額	出産費						
〇〇市〇〇町△-△-△ 〇〇 病院						家族出産費			円				
出産者について	・組合員→退職後6か月以内の出産ですか。 ・被扶養者→本組合の被扶養者認定後6か月以内の出産ですか。						<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ <small>※「はい」の場合は以下①②についてもご記入ください</small>						
	・組合員→現在加入している保険者 ・被扶養者→本組合の被扶養者認定前に加入していた保険者 <small>※ 記号番号をお忘れの場合は、保険者名のみご記入ください。</small>						保険者名	〇 〇 〇 〇 健康組合					
	② 上記保険者から同一の出産にかかる給付を受けますか。						<input checked="" type="radio"/> 受けない ・ <input type="radio"/> 受けた ・ <input type="radio"/> 受ける予定						
医師又は助産師の証明		△△△△年△月△日 共 済 花 子 は、 <input checked="" type="radio"/> 出産、死産（妊娠 ヲ月）、早産（妊娠 ヲ月）、流産（妊娠 ヲ月）したことを証明する。 △△△△年△月 △日 証明者 医療機関等の所在地及び名称 〇〇市〇〇町△-△-△ 〇〇 病院 医師又は助産師名 鈴木 二郎											
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 △△△△年△月△日 請求者 住所 〇〇市〇〇町△-△-△ 名前 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。 △△△△年△月△日 所属所長 職名 〇 〇 市 長 名前 〇 〇 〇 〇													

< 添付書類 >

- 医療機関と取り交わした直接支払制度を利用しないことが記載された合意文書の写し
- 出産費用の明細書の写し