

決 裁	事務局次長	課長	課長補佐	係長	係	決定給付額	円
						代理受取額	円
						決裁年月日	
						送金年月日	

出産費・家族出産費請求書兼差額請求書

記号	番号	フリガナ				所属所名（市町名）
		組合員氏名				
出産者	氏名				出産年月日	
	被扶養者認定年月日	S・H・R	年	月	日	出産の場所 （病院名）
直接支払制度利用の有無		有 ・ 無			共済組合からの請求案内の有無	*共済組合使用欄 有 ・ 無
医師又は助産師の証明 （注①）		単胎・多胎の別	1 単胎 2 多胎（ 子中第 子）			
		上記の者は令和 年 月 日 出産・死産（妊娠 週）・早流産（妊娠 週） したことを証明する。				
		令和 年 月 日		住 所		
		証明者		医療機関名		
		医師又は助産師氏名				
上記のとおり請求します。						
令和 年 月 日						
三重県市町村職員共済組合理事長 様			組合員住所			
組合員氏名						
上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。						
令和 年 月 日						
所属所長			職 名			
氏 名						

- ①医師又は助産師の証明欄に記載がない場合は、医師又は助産師が発行した出生証明書（原本）又は市町村の窓口に提出する出生証明書（写）を添付してください。
- ②医療機関等が発行する当該分娩にかかる領収・明細書の写しを添付してください。
- ③医療機関等から交付される直接支払制度に関する合意文書の写しを添付してください。
- ④被扶養者認定後 6 ヶ月以内の出産にかかる請求の場合は、裏面の「家族出産費請求にかかる在職期間等証明書」に証明を受けてください。

家族出産費請求にかかる在職期間等証明書

出産者氏名		生年月日	S・H 年 月 日
三重県市町村職員共済組合の被扶養者認定日から6月以内の出産の場合は、次のいずれかの証明を受けてください。			
在職期間が1年未満の場合	<p><在職期間> 上記の者は、R 年 月 日から、R 年 月 日まで被保険者の資格を有していたことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所</p> <p>代表者 印</p>		
在職期間が1年以上の場合	<p><分娩費受給権の放棄> 上記の者は、R 年 月 日出産（出産児氏名： ） に係る分娩費の受給権を放棄した旨の申出がありましたので証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険者 印</p>		