

出産費・家族出産費内払金依頼書

共済組合が支給する出産費及び家族出産費は組合員と医療機関との契約締結により申請・受取を医療機関が行うこと（直接支払制度）もできます。この場合、組合員は出産費用から出産費(家族出産費)を控除した額を医療機関へ支払うこととなりますが、出産費用が出産費(家族出産費)の支給額を下回った場合に発生する差額分については、共済組合への請求によって組合員へ支給します。

《注意事項》 出産費・家族出産費の支給内容については短-5 ページをご参照ください。

別紙様式(出産費等内払金用)

<input checked="" type="checkbox"/>	出 産 費	内払金支払依頼書
<input type="checkbox"/>	家 族 出 産 費	

組合員証記号番号		組合員氏名	共済 花子	組合員生年月日	昭和 〇〇年 7 月 20 日
記号	600	番号	1234		平成 〇〇年 〇月 〇日
出産者氏名		共済 花子	出産日	令和 〇〇年 10 月 5 日	コード (妊産婦台帳用種別) ・単胎 ・多胎 (児)
出産した場所 (医療機関等)		(名称) 〇〇〇レディースクリニック	(所在地) 〇〇市〇〇町1-2-3		
金額	法定給付(1児につき) 50万円(48万8千円※)		(明細書に記載された代理受取額) 461,001円	(内払額) 38,999円	
	※産科医療補償制度対象分娩でない場合 上記のとおり(家族)出産費内払金の支払を依頼します。				
岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 〇年11月 1日			依頼者	住所 〒 〇〇〇 - 8505 〇〇市藪田南5-14-53	氏名 共済 花子
令和5年3月31日までは42万円(40万8千円)			記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 〇年11月 3日		
			所属所長	職名 〇 〇 〇 長	氏名 〇 〇 〇 〇

医療機関等からの出産費用の内訳等が明記されている明細書(写)を必ず添付してください。
産科医療補償制度対象分娩の場合は、明細書(写)に「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の印字やスタンプ等が必要です。

共済組合使用欄

決定額						起案年月日	執行年月日	受付年月日
局長	次長	課長	課長補佐	係長	主任	係		

【添付書類】

- ・ 医療機関と締結した「直接支払制度を利用する旨を合意した文書」の写し
- ・ 医療機関等からの出産費用の内容等が記載されている明細書の写し
産科医療補償制度対象分娩の場合は右記「産科医療補償制度対象者のスタンプ」
又は「産科医療保障制度の対象分娩です。」の文言の印字やスタンプ等が必要で
す。

