

内払金支払依頼書  
出産費・家族出産費  
差額請求書

所属所  
受付年月日

		決定額		円	
組合員証の 記号・番号	-	組合員 氏名	組合員 生年月日	昭和 平成	年 月 日
出産者氏名		続柄	出産日	平成	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) 42万円(40万4千円※)		(明細書に記載された代理受取額)	(支給額)	
	—		円	=	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)出産費差額の支払を依頼します。					
鳥取県市町村職員共済組合理事長 様					
平成 年 月 日					
住所					
請求者					
氏名 印					
請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。					

【添付書類】(2点)以下の書類を必ず添付してください。  
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(写し)**  
医療機関等から交付される直接支払制度を利用する旨が記載された**合意文書(写し)**

決 裁		局長	次長	課長	合議	主査

## 〈出産費及び家族出産費〉 直接支払制度を利用する場合

- 組合員又は被扶養者が出産した場合、一律 404,000円(産科医療保障制度に加入する医療機関等で出産した場合は16,000円加算)を支給します。
- 1年以上組合員であった者が、組合員資格喪失後(任意継続組合員であった者は、その資格を喪失後) 6月以内に出産した場合にも支給します。ただし、資格喪失後から出産するまでの間に、他の組合の組合員の資格を取得した場合は、当共済組合からは出産費は支給できません。
- 前の被保険者資格(国民健康保険は除く)を喪失してから6月以内の出産にかかる請求の場合は、前の保険者(国民健康保険は除く)から出産費を受けていない旨の証明書(出産育児一時金未支給証明書:別途様式あり)が必要となります。
- 当該請求書は、直接支払制度を利用する場合にご使用ください。なお、直接支払制度を利用しない場合は、「出産費・家族出産費請求書」をご使用ください。
- 添付書類
  1. 直接支払制度を利用する旨が記載された合意文書の写
  2. 領収書の写(産科医療保障制度対象の医療機関の場合、証明印が押されたもの)
  3. 「出産費を受けていない旨の証明書」
    - …前の被保険者資格を喪失してから6月以内の出産にかかる請求の場合

～ 直接支払制度について ～

組合員又は被扶養者である配偶者・家族の分娩費用を、組合員に代わり共済組合が直接医療機関等に支払います。(申請方法等、詳細については事前に医療機関等で説明があります。)

分娩費用が404,000円未満(産科医療保障制度対象分娩の場合は420,000円)の場合、組合員の請求により差額を支給します。