

出産費・家族出産費 請求書

局長	課長	係長	係	決 定 額	出 産 費 ----- 家族出産費	420,000 円	
課長 専決							
組 合 員 証 記 号		組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名			
番 号							
組 合 員 資格取得年月日		平・令 年 月 日		組 合 員 資格喪失年月日		令和 年 月 日	
出 産 者 氏 名 及 び 続 柄		続柄 ()		(名 称)			
被 扶 養 者 認 定 年 月 日		平・令 年 月 日		出 産 した 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地 (所在地)			
出 産 年 月 日		令和 年 月 日		出 産 児 氏 名 及 び 続 柄 続柄 ()			
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分 べ ん 年 月 日		令和 年 月 日		出 産 児 の 数 単胎 ・ 多胎 (児)		
	分 べ ん の 別 〔※死産等の場合は、 「備考」欄へ胎児 の生存期間を記入〕		出 産 ・ 早 産 ・ 死 産 ・ 流 産		カ月 (妊娠 日) 週		
	備 考						
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 証明者 医師・助産師の氏名						
上記のとおり請求します。 鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名					共 済 組 合 受 付 印		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名							

- 注) ・ 医療機関等から交付される直接支払制度を用いてない旨の記載がなされた出産費用の領収書の写しを添付してください。産科医療補償制度の対象となる分娩の場合、その旨を証するスタンプの押印がされています。
 ・ 支給額は1児につき42万円が支給されます。産科医療補償制度の対象とらならない場合は40.4万円です。
 なお、2児以上の出産の場合は、その産児ごとに請求書が必要です。
 ・ 支給対象となるのは、妊娠4ヶ月以上(85日)以上の出産で早産、死産、流産、人口妊娠中絶も含まれます。