

出産費・家族出産費 請求書

(事前申請用)

出産予定日まで2か月以内の組合員又は被扶養者の方が事前申請の対象となります。

組合員等	記号	番号	所属機関名(市・町・村・一部事務組合等)	
			名称	
組合員氏名				所在地
資格取得年月日		昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失年月日 令和 年 月 日
出産者	続柄	氏名		生年月日
	*			年 月 日
被扶養者認定年月日		出産予定年月日		出産予定児の数
年 月 日		令和 年 月 日		単胎・多胎(児)
入院する医療機関	名称			所在地
上記のとおり請求します。 長野県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名				
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 職名 所属機関の長 氏名			

組合員 甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、次の権限を委任する。
 また、甲は出産費(家族出産費)の医療機関等への直接支払制度は利用しません。
 甲が長野県市町村職員共済組合に請求する出産費(家族出産費)のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(単胎の上限48.8万円)の受領に関すること。
 *産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において出産した場合で、加入分娩機関より送付される分娩費請求書の写しに対し「産科医療保障制度の対象分娩」であることが明記されているときは50万円。
 令和 年 月 日 甲(組合員)の 住所
 氏名
 住所
 医療機関コード 乙(代理人)の 住所
 氏名

代理人が出産費(家族出産費)を受取代理することとなる金融機関				
銀行・信用金庫	本店・本所	口座番号	普通・当座	(フリガナ)
農協・信用組合	支店・支所			口座名義人

出産予定日のわかる書類(母子健康手帳の写し・診断書の写し等)の添付をお願いします。
 「組合員資格喪失後6か月以内」又は「被扶養者認定後6か月以内」の出産の場合は、下欄も必ず記入してください。
 なお、下欄等の健康保険制度へ「(家族)出産育児一時金」など同様の給付を請求する場合は、当共済組合へ請求できません。

申立欄	健康保険制度	記号番号	被保険者氏名
	「組合員資格喪失後6か月以内」→現在加入、「被扶養者認定後6か月以内」→認定前加入、の健康保険制度を記入してください。 長野県市町村職員共済組合への請求にあたり、他の制度へ同様の給付を請求しないことを申し立てます。 令和 年 月 日 請求者氏名		

*印欄は記入不要です。