

支給決定 伺	法定給付額	円	事務局長	課長	主幹・係長	課員	係
	代理受取額	円					
	組合員送金額	円					

出 産 費 差 額 請 求 書
家 族 出 産 費

組合員等 記号番号		組合員 氏名		所 属 機関名	
出産者氏名 及び続柄	続柄		出産年月日	年	月 日
資格取得 年月日	年	月 日	資格喪失 年月日	年	月 日
生産または 死産の別	生産・死産 (妊娠週数 満 週 日)		出産児の数	単胎・多胎 (児)	
出産の場所	(名称) (所在地)				

請 求 金 額	(明細書に記載された代理受取額)		(差額請求額)	
	法定給付 (1児につき) 50万円 (48万8千円※)	—	円	=
※産科医療補償制度対象分娩でない場合				

上記のとおり出産費 (家族出産費) 差額を請求します。

佐賀県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

住 所
請 求 者 氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職 名
所属所長 氏 名

※ 共済組合から差額請求書の提出依頼を受ける前に請求される場合には、次の書類を添付してください。

- ・医療機関等からの出産費用の内訳等の明記されている領収・明細書
- ・直接支払制度利用合意文書
- ・生産の場合には、出生証明書、死産の場合には、死産証書

異動処理