

出産費・**家族出産費**

内払金依頼書兼差額請求書

決定額	出産費	※	円
	家族出産費	※	円

組合員証等 記号・番号	△△△・△△△	組合員 氏名	共済 太郎		所属 機関名	〇〇市											
組合員 生年月日	昭和 平成	△△年△△月△△日	資格取得 年月日	平成	△△年△△月△△日												
出産者氏名	共済 愛子	続柄	妻	出産者(被扶養者) の認定年月日	昭和 平成	△△年△△月△△日											
出産年月日	昭和 平成	△△年△△月△△日	単胎・多胎 の別	単胎・多胎 ( 児)													
出産した場所 (医療機関等)	(名称)	〇〇産婦人科		請求金額	20,000円												
	(所在地)	〇〇市□□町1-2															
※  内払金 又は 差額	<table border="0" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="border:1px solid black; padding:5px;">法定給付(1児につき) 42万円(40万4千円※)</td> <td>—</td> <td style="border:1px solid black; width:100px; height:20px;"></td> <td>=</td> <td style="border:1px solid black; width:100px; height:20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size:small;">(明細書に記載された代理受領額)</td> <td colspan="4" style="font-size:small;">(内払額又は差額)</td> </tr> </table> <p style="font-size:small;">※産科医療補償制度対象分娩でない場合は40万4千円</p>						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領額)		(内払額又は差額)			
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領額)		(内払額又は差額)															

上記のとおり出産費等に係る内払金(差額)の支払を依頼(請求)します。

山口県市町村職員共済組合理事長 様

平成△△年△△月△△日

〒△△△-△△△△

住所 〇〇市□□町1-2  
請求者 氏名 共済 太郎



上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成△△年△△月△△日

職名 〇〇市長  
所属所長 氏名 山口 次郎



- (注) 1 医療機関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。  
 2 家族出産費を請求する場合において、被扶養者としての認定が、出産の前6月以内のときは、医療機関で交付を受けた合意文書(写)(直接支払制度を利用することの代理契約書をいいます。)を添付してください。  
 3 ※印欄は記入しないでください。  
 4 組合員証等の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

※	続柄	給種	140	番号		多胎
			150			