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		所属機関名	
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		続柄		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） （所在地）			請求金額	

※

内払金又は差額

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）

※産科医療補償制度対象分娩でない場合は４０万４千円

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

請求者　〒
住　所
氏　名　　㊞

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

所属所長　職　名
氏　名　　印

（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、出産の日前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	１４０ １５０	番号		多胎