

出産費・**家族出産費** 内払金依頼書兼差額請求書

組合員証等 記号・番号	△△△-△△△	組合員 氏名	共済 太郎	所属所名	〇〇市
組合員 生年月日	平成△△年△△月△△日	資格取得 年月日	平成△△年△△月△△日	資格喪失 年月日	年 月 日
出産者氏名	共済 花子	続柄	妻	※出産者扶養 認定年月日	平成△△年△△月△△日
出産年月日	平成△△年△△月△△日	単胎・多胎 の別	単胎	多胎 (児)	
生産・死産の別 <small>※死産の場合は、在胎週数を記入してください。</small>	生産・死産 (在胎週日数 週 日)	請求金額			
出産した場所 (医療機関等)				40,000	
名称	〇〇〇〇〇〇	所在地	〇〇県〇〇市〇〇 △△-△△		
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) 380,000	(内払金額又は差額) 40,000	
※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 〇〇県〇〇市〇〇 △-△ 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 〇〇市長 所属所長 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日6月以内のとき、または、組合員が退職後6月以内に請求するときは、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、家族出産費を請求する場合に記入してください。
 4 組合員証等記号・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。

下記のとおり決定してよろしいか。

共済組合 使用欄						共済組合 受付印	
決定額	出産費	円	給種	140	続柄		番号
	家族出産費	円		150			