

出産費・家族出産費 請求書（事前申請用）

				決定額	出産費・家族出産費	
					受取代理額	
					組合員送金額	
組合員証 記号・番号				組合員氏名		
組合員住所				組合員 生年月日	昭・平	年 月 日
資格取得年月日			所属所名 住 所			
資格喪失年月日						
出産予定者 氏 名			続 柄	出産予定者 生年月日	昭・平	年 月 日
出産予定日	令 年 月 日	単胎・多胎 (児)	被扶養者 認定年月日	平・令	年 月 日	
入院する 医療機関	名称					
	所在地					
<p>上記のとおり出産費（家族出産費）の請求を事前申請します。</p> <p>愛知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">請求者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>						
<p>上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏名</p>						

受取代理人の欄	<p>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。</p> <p>甲が愛知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の受領に関すること。</p> <p>令和 年 月 日</p>					
	甲（組合員）の			住所		
	乙（代理人）の			住所		
				氏名	印	
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						
金融機関名		銀行			支店	
預金 種別		口座 番号		口座 名義		