

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		
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		
出産予定日				単胎・多胎 ( 児 )	被扶養者 認定年月日		
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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名 印</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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名 印</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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">甲（組合員）の 住所 氏名 印</p> <p style="text-align: right;">乙（代理人）の 住所 氏名 印</p>						
	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		