

出産費
家族出産費 内払金支払依頼書

				照合	係	
				決定額	円	
組合員証 記号番号		組合員 氏名		所属 機関名		
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失 年月日	平成 令和	年 月 日	
出産者 氏名	続柄		出産 年月日	平成 令和	年 月 日	単胎・多胎 (児)
出産した 場所 (医療機関等)	(名称)					
	(所在地)					
金額	(明細書に記載された代理受取額)					
	(内払額)					
	法定給付 (1児につき) 42万円 (40.4万円※)	—	円	=	円	
※産科医療補償制度対象分娩でない場合						
上記のとおり出産費・家族出産費に係る内払金の支払を依頼します。						
愛知県市町村職員共済組合理事長 様						
令和 年 月 日						
住所						
請求者						
氏名 (印)						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
令和 年 月 日						
職名						
所属所長						
氏名 (印)						

※ 医療機関等から発行される出産費用の内訳（代理受取額）が明記されている明細書（写し）を必ず添付してください。ただし、明細書に出産年月日及び出生児数の記載がない場合は、出生証明書等それらの確認できる書類の添付も必要です。
決定額欄は記入しないでください。