

出産費 内払金支払依頼書
 家族出産費

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	年	月	日	資格喪失 年月日	平成	年	月	日
-------------	----------	---	---	---	-------------	----	---	---	---

出産者 氏名	続柄	出産 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(40万4千円)	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

平成 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。

平成 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。