

※直接支払制度を利用し出産に要した費用が42万円（40.4万円※）に  
満たなかった場合

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	〇〇〇-〇〇	組合員 氏名	愛知 桃子	所属 機関名	〇〇市役所
資格取得 年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和	資格喪失 年月日	平成 令和	年	月 日
出産者 氏名	愛知 桃子 続柄 本人	出 産 年月日	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	単胎・多胎 ( 1 児)	
出産した 場 所 (医療機関等)	(名 称) 〇〇〇病院				
	(所在地) 〇〇市〇〇町〇〇〇				
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※)	—	400,000 円	=	20,000 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
住所 〇〇市〇〇町〇〇					
請求者					
氏名 愛知 桃子 (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 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
職名 〇〇市長					
所属所長					
氏名 〇〇 〇〇 (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。