

※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

				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	資格喪失 年月日	平成	年	月	日
出産者 氏 名	愛 知 桃 子 続柄 本人		出 産 年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	〇胎・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 1					
金 額	(明細書に記載された代理受取額)					
	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						
平成 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。						
平成 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。