

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	令和	年	月	日
-------------	----------------	---	---	---	-------------	----	---	---	---

出産者 氏名	続柄	出産 年月日	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 (40.8万円※) — <input type="text"/> 円 = <input type="text"/> 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

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

※ 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。